

PSICOLOGÍA MÉDICA

**Ramón Florenzano U.
Beatriz Zegers P.**

9

MEDITERRANEO

Índice

PRÓLOGO	ix
CAPÍTULO 1. BASES CIENTÍFICAS DE LA PSICOLOGÍA <i>Ramón Florenzano</i>	1
CAPÍTULO 2. FUNCIONES PSÍQUICAS	13
Emociones. <i>Isabel Margarita Diez y M^a Paz Altuzarra</i>	13
Psicopatología de la afectividad. <i>César Carvajal</i>	22
Percepción y atención. <i>Catalina Parragué</i>	26
Psicopatología de la percepción. <i>César Carvajal</i>	31
Motivación. <i>M^a Elena Larraín y M^a Paz Soubllette</i>	35
Aprendizaje. <i>Catalina Parragué</i>	45
Memoria. <i>Isabel Diez y Catalina Parragué</i>	53
Psicopatología de la memoria. <i>Kristina Weil</i>	71
Inteligencia. <i>Catalina Parragué</i>	76
Psicopatología de la inteligencia. <i>Kristina Weil</i>	84
Pensamiento y lenguaje. <i>Catalina Parragué</i>	92
Psicopatología del pensamiento y el lenguaje. <i>Ramón Florenzano</i>	99
CAPÍTULO 3. BASES BIOLÓGICAS DE LA PERSONALIDAD <i>Ramón Florenzano</i>	111
CAPÍTULO 4. PERSONALIDAD <i>M^a Paz Soubllette y Catalina Parragué</i>	131
Normalidad y anormalidad. <i>Ramón Florenzano</i>	135
CAPÍTULO 5. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO <i>Beatriz Zegers</i>	143
El concepto de ciclo vital y su desarrollo histórico. <i>Ramón Florenzano</i>	148

CAPÍTULO 6. LAS ETAPAS DE LA VIDA	171
Lactancia. <i>Mª Paz Soubllette</i>	171
Infancia. <i>Mª Paz Soubllette</i>	176
Etapa preescolar - edad del juego. <i>Mª Paz Soubllette</i>	179
Edad escolar. <i>Beatriz Zegers</i>	180
La etapa adolescente. <i>Ramón Florenzano</i>	182
El adulto joven. <i>Ramón Florenzano</i>	197
El adulto maduro. <i>Ramón Florenzano</i>	213
La ancianidad. <i>Ramón Florenzano y Beatriz Zegers</i>	230
La muerte. <i>Ramón Florenzano y Beatriz Zegers</i>	245
 CAPÍTULO 7. PSICOLOGÍA SOCIAL Y PROFESIONES DE LA SALUD	 259
<i>Ramón Florenzano</i>	
 CAPÍTULO 8. ESTRÉS: UN MODELO PARA LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	 267
<i>Carlos Cruz</i>	

Capítulo 1

BASES CIENTÍFICAS DE LA PSICOLOGÍA

Ramón Florenzano

En la actualidad los temas psicológicos aparecen frecuentemente en los medios de comunicación, y las explicaciones que consideran el comportamiento de los individuos se utilizan en múltiples disciplinas. Desde los argumentos económicos sobre la confianza de los inversionistas en determinadas empresas o gobiernos, hasta la preocupación de los arquitectos por el ambiente emocional que proyectará una construcción, condicionan cada vez más los pensamientos y las conductas de los individuos como variables importantes. En la medicina, asimismo, la psicología tiene importancia para entender, en algunos casos elementos en la génesis de una enfermedad, y en otros, la conducta de un paciente que no está colaborando con su mejoría. Por todo lo expuesto, es fundamental conocer algunas de las bases científicas de la psicología como disciplina formal.

Desarrollo histórico de la psicología

La psicología es una disciplina cuyo desarrollo como ciencia positiva es reciente, y cuya popularidad es aún más nueva. Sin embargo, sus orígenes históricos coinciden con la historia escrita de la humanidad. El comienzo de la preocupación por el alma, o *psykhe* se encuentra en la tradición filosófica griega, en la cual primero Platón y luego Aristóteles focalizaron el tema y escribieron sendos tratados acerca de lo anímico. Este tema históricamente surge dentro de la filosofía para luego independizarse como una disciplina independiente a fines del siglo XIX. Revisaremos brevemente esta evolución.

Bases filosóficas de la psicología

Para los griegos, el alma aparece como un principio unificador que da al cuerpo la vida y su organización. Platón toma una actitud clara al respecto: para defender la inmortalidad del alma, señala que ésta es independiente del cuerpo, e incluso le confiere cierto

antagonismo en su relación con éste. El alma platónica es un principio que proviene de los dioses, el principio de racionalidad: identifica alma con razonamiento, característica que separa al hombre de los animales. Al mismo tiempo, propone que el alma no muere sino que vuelve a su lugar de origen, y en su conocida metáfora de *la caverna* aclara que los hombres en esta vida nos desenvolvemos en un mundo de apariencias, mientras que existe en otro lugar un mundo donde se puede contemplar la realidad plena, la de los dioses. Desde esta perspectiva, puede decirse que Platón inaugura el punto de vista dualista, que sostiene la separación del alma del cuerpo. Por otra parte, su discípulo Aristóteles desarrolla el punto de vista alternativo, el de la unidad del alma y cuerpo, al afirmar que el alma no es sino el principio de organización del cuerpo, lo que le da vida a éste, y que al terminar esta vida el alma desaparece con el cuerpo.

En la Edad Media se mantiene esta tensión dualista-unitaria, representando San Agustín de Hipona el punto de vista platónico, y Santo Tomás de Aquino el unitario. Para los agustinianos el alma tiene una identidad espiritual, independiente del cuerpo, y la salvación la centran en domeñar los impulsos de la carne, negativamente connotada. La filosofía del ser de Santo Tomás define al alma, siguiendo a Aristóteles como "*principio de unidad que tiene la vida en potencia*" o como "*la forma sustancial del cuerpo*", y resuelve el tema de la inmortalidad a través de la doctrina de la resurrección de la carne.

Un común denominador de las aproximaciones filosóficas clásicas al tema del alma fue el considerar sinónimos alma y razón. Tanto para Platón como para Aristóteles, para Agustín y Tomás de Aquino, lo característico y diferenciador del hombre en relación al resto del reino animal era la capacidad de éste de razonar y analizar reflexivamente los dilemas que la vida trae consigo. En la clasificación de las ciencias de Wolff, ya en la era moderna, aparece la idea anterior como Psicología Racional, disciplina que crea el puente con los desarrollos posteriores filosóficos, donde los nombres centrales fueron Descartes, Locke y Darwin.

René Descartes (1596-1650). Fue el creador del método científico e inauguró la modernidad positivista al proponer una visión mecanicista del hombre, arguyendo que éste era una máquina comprensible en sus aspectos materiales, y al mismo tiempo reconociendo la existencia de una esencia externa al cuerpo, el alma de naturaleza racional. En su aforismo clave "*Cogito ergo sum*" da al pensamiento una naturaleza propia, independiente de la corporalidad, y crea un dualismo que ha determinado el pensamiento de Occidente hasta ahora, señalando una dicotomía mente-cuerpo y separando la unidad psicosomática postulada por la filosofía del ser aristotélico-tomista. Este enfoque dualista ha marcado también la separación médica entre cuadros orgánicos, donde hay explicaciones materiales, ancladas en el cerebro y el resto del cuerpo, y cuadros mentales, de naturaleza diversa, comprensibles lógicamente. Las consecuencias de la dicotomía cartesiana han sido amplias, y no todas positivas, como diversos autores han subrayado recientemente. Hoy se tiende más a volver a una perspectiva *holista* o unitaria, perspectiva que fue mantenida por las medicinas orientales y por prácticas tales

como la acupuntura china o el yoga hindú. La perspectiva más aceptada hoy ha sido la interaccionista, que reconoce la unidad mente-cuerpo y busca elementos conceptuales para entender el funcionamiento de esta unidad. El neurofisiólogo John Eccles y el filósofo Karl Popper han desarrollado un marco conceptual al respecto, al cual nos hemos referido en otras publicaciones.

John Locke (1632-1704) y los empiristas ingleses hicieron otro aporte filosófico a la psicología al plantear que todo conocimiento procedía desde los sentidos. Desde la perspectiva *empirista*, los comportamientos humanos son comprensibles a partir de las sensaciones percibidas por el organismo, lo que provee de los únicos datos válidos para entender al ser humano. Su afirmación de que los procesos internos, al no ser observables, no eran objetos de estudio, fue la base de la perspectiva conductista, muy central en los desarrollos posteriores de la psicología. Locke, asimismo, desarrolló la perspectiva *asociacionista*, al señalar que los estímulos perceptuales no eran elaborados en forma individual, sino como secuencias completas, organizadas como cadenas de asociaciones perceptuales por el organismo. Esta perspectiva influyó no sólo en los conductistas, sino en el psicoanálisis freudiano. Carl Jung, uno de los primeros seguidores de Freud utilizó esta idea en su *test de asociación de palabras*.

Charles Darwin (1809-1882) fue un tercer teórico que, a través de su teoría de la evolución, influyó poderosamente en el desarrollo de la psicología. Para esta teoría, el ambiente produce un proceso permanente de adaptación en las diversas especies, *adaptación* que se traduce en la supervivencia de los organismos con mejores capacidades para ajustarse a las condiciones de medios cambiantes. Lo que ha permitido que el hombre termine siendo visto como “el rey de la Creación” ha sido no sólo su capacidad racional, sino la capacidad de utilizar las emociones como modo de expresión y de comunicarse a través de ellas. Darwin mismo publicó en 1872 un estudio sobre la capacidad de expresar emociones del hombre y el resto de los animales. El énfasis darwiniano en los procesos de cambio y adaptación se ha traducido en la mayoría de los puntos de vista en psicología del desarrollo o evolutiva.

Desarrollo de la psicología positivista o científica

A partir del siglo XIX, y desde los planteos filosóficos de la modernidad, especialmente los de Descartes, se crean las condiciones de posibilidad para el estudio científico de los procesos mentales y las conductas, y se perfila la psicología como una disciplina científica independiente de la filosofía. Lo anterior no quita que los temas psicológicos no hayan continuado siendo un tema central para su disciplina madre. Hoy día la antropología filosófica (o psicología filosófica) continúa preocupándose de los temas clásicos acerca del alma y sus relaciones con el cuerpo, así como de la filosofía de la percepción y la vivencia. Durante el siglo XX han hecho aportes importantes al tema

la fenomenología de Husserl, Heidegger y Sartre, como la filosofía de la mente. En el siglo XIX tres psicólogos que aportaron a esta separación de la psicología de su tronco filosófico fueron Wundt, Ebbinghaus y James.

Wilhelm Wundt desarrolló la *Psicología Fisiológica* al crear el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig en 1872. Estudió procesos tales como la atención, la naturaleza de la conciencia y diversos temas de psicología social aplicando técnicas cuantitativas propias de la física clásica. Herman Ebbinghaus hizo lo mismo con respecto a la memoria humana y su funcionamiento, formulando principios que tienen validez hasta nuestros días. Su aproximación rigurosamente positiva y experimental fueron cruciales en separar la psicología de la aproximación más teórica y especulativa de la filosofía académica.

En los Estados Unidos, William James tomó una perspectiva diferente, al aplicar el método *introspectivo* al estudio de las experiencias personales, abriendo así el estudio de los procesos psíquicos con una aproximación cualitativa. Sus *Principios de Psicología*, publicado en 1890 son para muchos el texto axial que abrió el campo psicológico como un área de conocimientos con validez propia. Entre sus estudios clásicos se encuentran el análisis de las vivencias religiosas como una experiencia común a toda la humanidad, que dio un estatus científico de la religiosidad y a los aspectos espirituales del ser humano.

Después de estos autores, se desarrollaron variadas teorías y marcos conceptuales en psicología. Si bien algunos de ellos, como el conductismo y el psicoanálisis tienen sus raíces en el siglo XIX, fue en el XX donde se desarrollaron en mayor grado. Desde este ángulo, se puede afirmar que el siglo pasado fue uno dominado por el desarrollo de teorías psicológicas que se plantearon como alternativas y aún antagónicas entre sí. Sólo en las últimas décadas se ha buscado alguna integración entre estos marcos referenciales alternativos. A continuación revisaremos algunas de las principales “escuelas” psicológicas del siglo XX.

Escuelas de pensamiento en psicología

Psicoanálisis. Este punto de vista surge desde la medicina, y más específicamente desde la neurología, con los aportes de Sigmund Freud. Este autor, desde el estudio de síntomas histéricos no explicables por la teoría neurológica de su época, planteó la importancia de la comprensión biográfica de los síntomas, y desarrolló el método introspectivo por excelencia, al cual denominó psicoanálisis. Utilizando los mismos principios de asociación de los empiristas ingleses, pidió a sus pacientes que asociaran libremente en relación a síntomas, sueños y ocurrencias de la vida cotidiana. A partir de los hallazgos clínicos recopilados utilizando esta técnica, desarrolló tres modelos sucesivos de la vida mental: el del *trauma*, que explicaba los síntomas en relación a sucesos que habían distorsionado el desarrollo infantil; el *topográfico*, que suponía una separación de contenidos conscientes, pre-conscientes e inconscientes dentro de la psique; y el *estructural*, que distinguía tres instancias mentales: el Yo, el Ello y el Súper Yo. Los síntomas eran

explicados por el conflicto que se producía entre esos sistemas psíquicos. El Yo era un mediador ejecutivo, que decidía el curso de acción a tomar en la vida cotidiana, y que intermediaba los impulsos que venían desde el Ello (que concentraba las necesidades biológicas y los deseos del sujeto), y la presión del Súper Yo, que representaba las normas y valores sociales, la conciencia moral y el sentido del deber del individuo.

La teoría freudiana entró desde sus inicios en conflicto con dos suposiciones centrales para el desarrollo de la ciencia psicológica hasta ese momento: la importancia dada por él a los procesos inconscientes e irracionales (recordemos que Descartes había definido al pensamiento como la capacidad racional y reflexiva que distinguía al hombre), y el rol dado a las pulsiones, primero sexuales y luego agresivas en la motivación de las personas. La aplicación sistemática de sus teorías, sin embargo, permitió a Freud explicar primero síntomas traumáticos, luego diversas formas de neurosis, y finalmente comprender síntomas de psicosis y trastornos de personalidad. A partir de él se desarrolló el movimiento psicoanalítico, que ha tenido una influencia duradera en la psicología y en la psiquiatría a lo largo del siglo XX.

Tal como en el caso del conductismo, el psicoanálisis ha sido criticado como reduccionista y simplificador en exceso, al intentar explicar la extremadamente compleja conducta de las personas a partir de uno o dos impulsos básicos, tales como el sexo y la agresión. Las formas posteriores del psicoanálisis elaboraron y complicaron el modelo freudiano original. Otra crítica a este punto de vista fue la de subjetivismo, al ser difícil estudiar cuantitativamente la información obtenida a través del método psicoanalítico, que confía en las comunicaciones directas del individuo y que no mide sus conductas externas. Esto ha hecho extremadamente difícil el corroborar las afirmaciones psicoanalíticas utilizando las dimensiones de la investigación en psicoanálisis. En definitiva, el psicoanálisis tuvo menos impacto en la psicología académica que en la cultura general, transformándose muchos de sus postulados en parte del conocimiento público acerca de las motivaciones de los individuos. Filósofos, economistas, publicistas e historiadores han aplicado las teorías psicoanalíticas en sus disciplinas específicas. Tal como en el caso del conductismo, la terapia analítica ha sido también utilizada en el tratamiento de diversas alteraciones emocionales con éxito en algunas alteraciones específicas.

Conductismo. Este punto de vista fue enunciado en 1912 por un médico americano, J.B. Watson, quien retomó afirmaciones de los empiristas ingleses antes mencionados. Las bases de ese punto de vista se centran en los siguientes puntos:

- El aprendizaje es el elemento central en la comprensión de la conducta.
- El aprendizaje se basa en la asociación entre estímulos externos y respuestas conductuales.
- Sólo la observación de conductas mensurables puede considerarse como científica.
- Los procesos mentales o cualquier inferencia acerca de procesos internos debe ser rechazado, al no ser observables.
- Toda conducta, sea animal o humana, se aprende de la misma forma.

Los conductistas, por lo tanto, llevan el punto de vista positivista y mecanicista de la modernidad a su extremo, al rechazar los métodos subjetivos e introspectivos utilizados hasta entonces, sea por los filósofos, sea por los psicólogos a la William James, sea por los psicoanalistas, como veremos luego. Las bases neurofisiológicas de este punto de vista fueron estudiadas detalladamente por un investigador ruso, Ivan Pavlov, quien demostró la importancia de los *reflejos condicionados* en sus famosos experimentos con alimentación de perros. Los estudios de Pavlov, denominados de *condicionamiento clásico*, mostraron la importancia de tres factores contribuyentes a éste: la *contigüidad*, que establece la asociación témporo-espacial de los estímulos y respuesta; la *frecuencia*: a más densidad de estímulos, mayor la probabilidad de la respuesta; y el *reforzamiento*: a mayor repetición de la asociación, mayor probabilidad de condicionamiento.

Posteriormente a Pavlov surge otro psicólogo, el inglés B.F. Skinner, quien muestra otra forma de asociación, el *condicionamiento operante*. Éste se basa en el reconocimiento de las consecuencias de la acción: si un organismo obtiene una recompensa por una acción, aumenta la probabilidad de que repita ésta. La recompensa puede ser positiva (comida, protección, sexo, etc.) o negativa (eliminación de un estímulo desagradable, o evitación del castigo). Skinner mostró cómo esta forma de aprendizaje podía utilizarse para el *modelaje de las conductas*, recompensando aquéllas que se asemejan a una conducta modelo, presentada al sujeto como el objetivo. Este es un modo de crear destrezas específicas, las que para Skinner representaban el modo central por el cual la especie humana aprende comportamientos novedosos.

Las teorías conductistas fueron aplicadas por Watson al marketing de un modo exitoso, así como se han usado en forma efectiva en educación, para reforzar las conductas pro-sociales en la sala de clase, y eliminar las antisociales o disruptivas. Pero donde han tenido un mayor auge ha sido en psicología clínica, donde las terapias conductistas han tenido éxitos importantes para tratar por ejemplo, fobias. Se consideran aquí los síntomas anormales como consecuencias de un mal aprendizaje, y se intenta identificar la mala conexión entre estímulo y respuesta, sustituyendo la segunda por respuestas alternativas ante el mismo estímulo. Se asocian respuestas positivas, de relajación muscular por ejemplo, para eliminar la conexión errónea. Una segunda forma de terapia conductual son las *terapias aversivas*, conciliando allí una conducta de evitación en las personas. Por ejemplo se trata el alcoholismo aplicando descargas eléctricas al sujeto cuando consume una bebida alcohólica de su elección, esperando que se cree una respuesta condicionada aversiva, o sea negativa, que lo lleve luego a evitar el uso de alcohol. Una tercera forma de terapia conductual se ha realizado aplicando las teorías de aprendizaje social de Albert Bandura, quien estudió los procesos de imitación e identificación, para promover una *modificación de la conducta* basada en modelaje social de las conductas deseadas.

La visión conductista tuvo popularidad durante el auge de la creencia progresista en que la ciencia positiva y racional sería capaz de resolver todos los problemas humanos. La historia del siglo XX muestra que, por el contrario, el exceso de racionalismo

reduccionista llevó a problemas, masacres humanas y crisis internacionales mayores que las vistas en el resto de la historia de la humanidad. Sin embargo, el conductismo ha seguido siendo utilizado, tanto en investigación psicológico-experimental y también como una aproximación terapéutica.

Puntos de vista holistas o integrativos. Ya desde comienzos de siglo surgieron puntos de vista alternativos en psicología a los de conductistas o los psicoanalistas. Estos insistían en la búsqueda de visiones más abarcativas, criticando el reduccionismo de ambos puntos de vista. En la Alemania de entre guerras surge así la psicología de la *Gestalt*, que buscó precisamente aquellos aspectos de la experiencia que constituyen un todo (*gestalt*) en sí mismos, y que no podían ser analizados, o sea descompuestos en partes. El fenómeno del cierre o completación perceptual fue una de las experiencias que acentuaron Wertheimer y Koffka, dos autores que tomaron esta perspectiva. La afirmación de que el todo es más que la suma de las partes se convirtió en un principio a desarrollar tanto en temas clásicos de la psicología general, tales como la percepción o la memoria, así como de la psicología social. A partir de las teorías anteriores surgió luego una aproximación terapéutica, *gestáltica*, que también llevó al desarrollo de puntos de vista humanistas en psicología.

Otra perspectiva surgida en Europa fue la *epistemología genética* de Jean Piaget. Este biólogo suizo se dedicó a estudiar el desarrollo del pensamiento en los niños, intentando aclarar cómo se llegaba a la lógica formal, la aproximación intelectual más racional que posee el hombre. Esto le llevó, observando a sus propios hijos en Ginebra, a establecer una serie de etapas en la progresión cognitiva del niño, aproximación ampliamente utilizada en la psicología evolutiva actual.

A partir del rechazo de las psicologías basadas en el positivismo racionalista decimonónico surge desde la mitad del siglo, heredando algunos de los temas de interés de la psicología en la Gestalt, la así llamada *Tercera fuerza* en psicología, o *psicología humanista*. Entre los teóricos centrales de este punto de vista están Abraham Maslow, quien estudió en detalle la motivación humana, y Carl Rogers, quien planteó un modelo propio de personalidad, así como un esquema terapéutico centrado en la importancia del crecimiento y desarrollo positivo del cliente, más que en la psicopatología o malos aprendizajes de hábitos, puntos señalados por las aproximaciones más clásicas. El propio crecimiento personal, o la *auto-realización* del individuo pasan a ser conceptos axiales, con la convicción de que cada persona está buscando su propio desarrollo y completar sus potencialidades. La neurosis, trastornos de personalidad y otros elementos psicopatológicos surgen cuando este esfuerzo por crecer se estanca o frustra por razones externas o del propio sujeto. Subrayan también la naturaleza *holística* de la persona, rechazando la visión fragmentada en compartimentos estancos del modelo estructural psicoanalítico, o el estudio desagregado del individuo en compartimentos específicos. El proceso de integración y auto-realización son propios de la naturaleza humana, y las terapias humanistas buscan precisamente esos desarrollos.

Un concepto que es re-introducido por esta tercera fuerza es el de *persona*, concepto que ha sido también re-tomado por la filosofía neo-tomista y por diversos teóricos, tales como Viktor Frankl, quien desarrolló todo un sistema de terapia psicológica, la *logoterapia*, centrada en la búsqueda de sentido, el reconocimiento de los valores trascendentes y actitudes altruistas y solidarias hacia el prójimo.

Desarrollos cognitivos. Durante la segunda mitad del siglo se produjo un progresivo interés dentro de la psicología académica por los aspectos cognitivos. Desde la informática y la psicolingüística se estudiaron procesos de alerta, vigilancia y atención, desde una perspectiva de procesamiento de la información. El punto de vista cognitivo progresivamente opacó el interés previo por el conductismo, superando algunas de las críticas anteriormente formuladas a esta orientación. La así denominada "*revolución cognitiva*" permitió integrar los hallazgos de la psicología gestáltica, avances en la neurofisiología de la memoria, centrándose en el estudio de la mente tal como lo habían hecho la filosofía y el psicoanálisis, pero esta vez basado este estudio en metodología empírica estricta y en el uso de procedimientos del laboratorio psicológico. Éstos han sido complementados por metodologías "ecológicamente válidas", que incorporan la conducta cotidiana de las personas. La metáfora informática se aplicó no sólo a temas clásicos de la psicología general sino también en psicología evolutiva, preguntándose por ejemplo acerca del desarrollo de la conciencia moral en el niño), y social (estudiando cómo se conforma la conciencia social). En psicofisiología se abrieron temas tales como estudios de procesos del sueño, neuropsicología cognitiva, manejo del estrés, la inteligencia animal y la inteligencia artificial.

Áreas de la psicología

En la medida que la psicología se ha desarrollado, han surgido dentro de ella distintas perspectivas, y áreas que han ido progresivamente adquiriendo su propia identidad. Por ello, resumiremos brevemente las principales áreas de desarrollo de la psicología actual.

Psicología fisiológica y cognitiva. Una de las preocupaciones históricamente iniciales y más fructíferas a lo largo de los estudios psicológicos se ha centrado en el estudio del funcionamiento cerebral y en el responder la pregunta acerca de cómo se cumplen ciertas funciones psicológicas básicas. Los neuropsicólogos son en la actualidad los profesionales centrados en el estudio de la interacción entre los mecanismos fisiológicos del sistema nervioso y nuestras experiencias. El término más empleado actualmente es el de *psicología cognitiva*, que se refiere al estudio de los procesos de cognición, entendidos como actividades mentales tales como la memoria, la simbolización, el lenguaje o la atención. El conjunto de estas funciones lleva a las representaciones mentales que utilizamos para conocer la realidad y para interactuar socialmente con los demás.

La importancia de esta área de la psicología no es sólo académica, sino que es aplicable cotidianamente. Por ejemplo, uno de los procesos en los que se han hecho más avances en la última década es la memoria: cómo almacenamos información y cómo la recuperamos en el futuro. Estos estudios, comenzados ya por Ebbinghaus en el siglo antepasado, tienen implicancias prácticas en términos de cómo estudiamos para un prueba, o cómo recordamos en los tribunales cuando nos preguntan lo que nos pasó en un accidente. Asimismo, el estudio de los procesos del pensamiento ayuda a entender cómo tomamos decisiones o enfrentamos ordenadamente la resolución de problemas. Ya el matemático Poincaré en el siglo XIX describió las fases sucesivas de enfrentar y resolver un problema, fases que se basan en el reconocimiento de cómo el pensamiento opera de cierta manera. El conocimiento del lenguaje permite mejorar la capacidad de comunicación personal, así como se liga a la psicología social y a situaciones organizacionales, cuando surgen dificultades en la interacción personal. El lenguaje es esencial para los procesos de simbolización y para el propio pensamiento.

En las últimas décadas se ha avanzado en forma muy importante en el conocimiento del cerebro humano, al desarrollarse nuevas técnicas (*imagenológicas*) para estudiarlo. También desde la neurofisiología ha surgido información práctica por ejemplo acerca del manejo del estrés laboral: la sobrecarga de trabajo, cada vez más frecuente, tiene consecuencias claras sobre el SNC. Esta sobrecarga puede ser enfrentada si se conocen principios básicos acerca de cómo el cerebro procesa la información. Asimismo, desde la neurofisiología del sueño han surgido claves para enfrentar las consecuencias del insomnio crónico.

Psicología evolutiva o del desarrollo. Esta rama de la psicología se centra en el desarrollo del ser humano a lo largo del ciclo vital, desde la concepción a la muerte. Diferentes teóricos han estudiado el tema, desde las investigaciones centradas en el desarrollo biológico de Gesell y Amatruda, hasta las teorías psicodinámicas, iniciadas por Freud y complementadas por otros autores, las de desarrollo cognitivo de Piaget, antes mencionadas, las del desarrollo moral, de Kohlberg y Hauser, etc. Esta área se entronca en la práctica con la *psicología educacional*, que se centra en los procesos de aprendizaje de conocimientos, destrezas y procedimientos por parte de los niños. Esta rama en la práctica tiene importantes aplicaciones en *psicología escolar*, en *orientación vocacional y laboral*, y en *psicopedagogía*. Temas tales como el desarrollo de la inteligencia han tenido avances importantes recientemente, destacándose autores como Howard Gardner con su teoría acerca de las múltiples inteligencias de las personas, o Daniel Goleman con el concepto de inteligencia emocional.

Psicología social. Esta área de la psicología estudia la interacción de las personas entre sí y la manera de percibir el mundo social que les rodea. La interacción entre las personas tiene importancia no sólo en relación a temas aplicados tales como la *psicología laboral u organizacional*, sino para comprender cómo se comportan las

personas en grupos, sean estos pequeños o masivos. La psicología de las multitudes ha sido tema de preocupación reciente en relación a conductas disruptivas en los estadios o en situaciones de descontrol social importante (revueltas, manifestaciones políticas, etc.). La relación interpersonal positiva, el atractivo en la relación de pareja, la amistad, etc. son otros temas de importancia para los psicólogos sociales. Hay toda un área de traslape con las preocupaciones sociológicas, y la microsociología se preocupa de materias muy similares a los de la psicología social. Hay también una progresiva confluencia entre esta subespecialidad psicológica y la ciencia cognitiva, alrededor de temas tales como la *cognición social*, las *representaciones sociales*, las *identificaciones grupales*, etc. El estudio de las actitudes personales frente a otros grupos se liga a asuntos tales como el pre-juicio, la discriminación y la tolerancia social, así como al estudio de las creencias culturales.

Psicología clínica y de la personalidad. La psicología clínica se ha preocupado históricamente acerca de temas tales como los procesos y diferencias individuales: ¿Qué hace a un sujeto distinto de otro? así como de las conductas normales o anormales: ¿Qué es comportamiento o personalidad anormal? Aparece aquí toda una interfase entre psicología y psiquiatría, dos disciplinas que tiene semejanzas y diferencias.

Entre las aplicaciones prácticas de la psicología clínica se encuentra la *psicometría*, que se refiere a los procedimientos utilizados por los psicólogos para medir las diferencias existentes entre las personas de forma válida y confiable. Se pueden así estudiar las diferencias de nivel intelectual, de creatividad, de aptitudes y capacidad para destrezas concretas. Este tipo de análisis tiene no sólo utilidad en clínica, para formular diagnósticos psicológicos específicos, sino en otras áreas tales como en el proceso de selección de personal en psicología laboral. La *orientación laboral y vocacional* se vale de estos procedimientos con frecuencia.

Un área de especial interés en este plano es la *psicología de la personalidad*, que se ha formulado primero alrededor de teorías tales como la freudiana, para luego ampliarse a modelos conductistas como el formulado por Eysenck, o el humanista desde Carl Rogers. Las alteraciones de personalidad son un tema de progresivo interés, ya que hoy muchos de los procedimientos psicoterapéuticos se centran en la posibilidad de modificar rasgos anormales de personalidad. Las intervenciones clínicas del psicólogo no son sólo diagnósticas sino terapéuticas, encontrándose estos profesionales especialmente capacitados para desarrollar intervenciones a nivel individual, grupal o familiar.

Importancia de la psicología en medicina

La psicología es un tema relevante para todo médico, por varias razones:

1. En el plano teórico, constituye una ciencia básica para la medicina, que es una técnica destinada a ayudar a las personas a mantener la salud integral. Si aceptamos

la definición de la OMS de salud como el “*estado de completo bienestar físico, mental y social de las personas*”, el conocimiento de las características psicológicas pasa a ser una necesidad para fundar una práctica médica científica. Tal como la fisiología y la anatomía dan las bases para conocer el funcionamiento personal en el plano material, la psicología lo da para conocer el plano mental. Si bien todos tenemos un conocimiento intuitivo acerca del funcionar psíquico de nuestros semejantes y de nosotros mismos, la psicología como disciplina proporciona un saber ordenado y sistemático al respecto, que permite evaluar la normalidad o anormalidad de los comportamientos, diagnosticar las características de personalidad, reconocer las diferencias individuales, etcétera.

2. En un nivel más práctico, la psicología permite al médico relacionarse con sus pacientes de un modo más comprensivo, al estar consciente de que hay características psicológicas que diferencian a cada caso, y al darle parámetros para ubicar la evolución de la persona a lo largo del ciclo vital. El evaluar la presencia de un cuadro ansioso será diferente en un estudiante de último año de educación media, en una recién casada, o en un ejecutivo que está llegando al momento de la jubilación.

3. En relación a patologías específicas, el conocer las bases psicológicas permite reconocer cuadros donde la interacción psicofísica es de mayor importancia. Esto en especial en cuadros donde no aparecen alteraciones estructurales claras en el proceso diagnóstico. El término “*psicosomático*” fue popular en su época en relación a las patologías así denominadas *funcionales*, donde los factores biográficos o familiares tienen una importancia crucial. En la aproximación *antropológica* de Víktor von Weiczäcker, por ejemplo, la *patografía*, o sea la historia del sentido de la enfermedad; es un elemento importante para el estudio de cualquier caso clínico.

4. El reconocer los cuadros psiquiátricos propiamente tales, y el realizar diagnóstico diferencial para saber cuáles pueden ser tratados por un médico no especialista y cuáles deben ser derivados a los profesionales de la salud mental es otro elemento que, si bien es enseñado por la psiquiatría clínica propiamente tal, se basa en conocimientos aportados por la psicología. Las destrezas de entrevista son elementos que deben ser conocidos por los médicos y otros profesionales de salud. Las funciones de la entrevista, en el sentido de acopiar información acerca del motivo de consulta, de crear una adecuada relación profesional-paciente y de sentar las bases para una intervención terapéutica, son destrezas que se basan en conocimientos psicológicos acerca de teoría de la comunicación, de la capacidad de empatía, de la expresión no-verbal, etc. Asimismo, las fases de la entrevista (apertura, cuerpo y cierre) requieren conocimientos específicos para cada una de ellas.

5. Los procesos terapéuticos también se benefician del conocimiento psicológico acerca de las características diferenciales de personalidad de los individuos. Esto se puede ver en la práctica en el tema de la *compliance*, o adherencia a tratamiento. Algunas personalidades desconfiadas (“*paranoides*”) tienden a no aceptar fácilmente una indicación quirúrgica por ejemplo, así como las personalidades dependientes están crónicamen-

te consultando al médico acerca de los detalles más nimios. El conocer acerca de teorías de la personalidad ayuda a implementar mejor los planes terapéuticos.

6. En especial, el enfrentamiento del destino común de la humanidad, la enfermedad y la muerte es un tema importante para todo médico. El conocimiento de los aspectos psicológicos del enfermo terminal, de la respuesta de los familiares frente a la muerte de un ser querido son aspectos que todo profesional debe utilizar en más de alguna oportunidad. El saber dar malas noticias, sea al propio paciente o a sus familiares constituyen por lo tanto destrezas que pueden ser enseñadas y aprendidas, y donde el conocimiento de la psicología del enfermar y morir es necesario.

7. La psicología social permite conocer características del funcionamiento de las organizaciones. Las instituciones de salud tienen características comunes con los sistemas burocráticos de mayor o menor tamaño, así como características propias de los servicios sanitarios. Destrezas para el trabajo en equipo, para ejercer funciones de liderazgo, para toma de decisiones, para enfrentar el estrés, etc. son pues aportes de la psicología social de utilidad para el médico y otros profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Damasio A. *El Error de Descartes*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1997.
- Florenzano R. *Técnicas de Psicoterapias Dinámicas*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1994.
- Florenzano R. *Psicoanálisis y Neurobiología*. *Revista Chilena de Psicoanálisis* (Noviembre) 1999; 2:9-22.
- Gabbard G, Gabbard K. *Psychoanalysis and Cinema*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1999.
- Ritzer G. *Teoría Sociológica Moderna*. México: McGraw-Hill, 1998.
- Shapiro T. *Research in Psychoanalysis*. Nueva York: International Universities Press, 1997.

FUNCIONES PSIQUICAS

Llamamos funciones psíquicas al conjunto de procesos psicológicos que dan cuenta de la vida anímica del ser humano. El estudio científico de estas funciones ha llegado a una descripción y determinación de variables influyentes relativamente importantes, sin embargo, es mucho el conocimiento aún inexplicable de “lo psicológico”. En esas áreas lo que mejor se ha logrado son buenas descripciones del funcionamiento normal y patológico.

Una primera división de las funciones psíquicas, se hace al distinguir procesos afectivos y procesos cognoscitivos. Con el término *procesos cognoscitivos* hacemos referencia al conjunto de funciones que reciben, registran, procesan y utilizan la información, logrando de esta manera organizar las conductas. Lo que pone en marcha estas conductas son los llamados *procesos afectivos* (motivaciones, emociones y sentimientos).

EMOCIONES

Isabel Margarita Diez

María Paz Altuzarra

Las emociones son las que dan sabor, luces y sombras a la vida, nos guían, mueven y hasta morimos por ellas: nos agrada vivir, compartir, llorar, reír. Las más grandes obras han sido creadas, pintadas o compuestas, en relación al amor, rencor, odio o tristeza. Somos incapaces de soportar la privación de estímulos por mucho tiempo. Somos grandes consumidores de emociones, sin embargo, aunque adictos al estremecimiento, nos horroriza estar siempre estremecidos. Como dice José Antonio Marina, *la rutina nos aburre, pero la novedad nos asusta*.

Las emociones pueden cambiar con rapidez, sucediéndose la sorpresa, rabia, desazón, susto, alegría, miedo, esperanza, lo cual las diferencia de los sentimientos que son estados más permanentes en el tiempo.

Las emociones están constituidas por componentes subjetivos, conductuales y fisiológicos.

Con respecto a los componentes subjetivos, colorido de conciencia que acompaña a la emoción, tres dimensiones de la experiencia afectiva son útiles:

- < *Agradable-desagradable*: La alegría es placentera, mientras que la ira, el miedo y el disgusto no lo son.
- < *Atención-rechazo*: Las personas prestan atención a lo que los sorprende o los asusta y tienden a rechazar lo que los enoja o entristece.
- < *Tensión-relajación*: La mayor parte de las emociones pueden ser fuertes o moderadas; los sentimientos felices van desde la alegría, que es intensa, hasta la satisfacción que es un estado moderado.

Por otro lado, al estudiar los componentes conductuales encontramos que las respuestas afectivas incluyen expresiones faciales, gestos y acciones.

- < *Expresiones faciales*: La gente en todas partes comunica sus afectos básicos con las mismas expresiones faciales y le es fácil identificar emociones fundamentales a partir de estos gestos. La universalidad de los gestos faciales básicos en los seres humanos sugiere que están programados por la herencia.
- < *Gestos y acciones*: Los afectos preceden y preparan para patrones de comportamiento adaptativo.

Los componentes fisiológicos comprenden las reacciones viscerales, motoras, neurofisiológicas y endocrinas que ocurren durante los estados y reacciones emocionales. Es así como el sistema nervioso autónomo, límbico y las glándulas de secreción interna, desempeñan un importante cometido.

Encontramos que las emociones han sido denominadas respuestas de pelea o escape, de esta manera, los cambios fisiológicos suministran energía e intensifican las experiencias emocionales. Reacciones físicas como temblar, sonrojarse, palidecer, sudar, respirar de manera agitada y sentirse mareado le dan a las emociones una cualidad de urgencia y poder.

Es así como las emociones pueden perjudicar o jugar en contra. De esta manera, la ansiedad aumentada puede producir bloqueo intelectual y bajo rendimiento, llevando por ejemplo, a un exitoso equipo de fútbol a dejar de actuar como equipo, y en extremo, incluso al pánico. Existe por lo tanto, relación entre intensidad de la emoción y eficacia en la acción.

Por otro lado, una emoción fuerte ayuda a enfrentar situaciones de urgencia. Por ejemplo, el reaccionar emocionalmente antes de hablar en público hace que la persona pueda ser más enfático, decidido, convincente, centrado en la resolución de problemas o en el buen manejo de grupos. Si la tensión aumenta por algún imprevisto, una pregunta, la pérdida de algún dato o el percatarse de un error, pueden aparecer signos de desorientación, temblor, sequedad de la boca o respiración rápida, lo que puede hacer olvidar el

discurso. Si la angustia aumenta considerablemente, la persona puede desorganizarse por completo y deberá emplear una tremenda fuerza para mantener el control, pudiendo llegar al extremo de no poder hablar.

Tomando en cuenta la naturaleza de los afectos podemos preguntarnos: ¿son los fenómenos emocionales aprendidos o heredados? Watson, teórico experimental o del aprendizaje, decía que las expresiones faciales de las emociones se aprendían. Sin embargo, Sorenson y Friesen (1969) demostraron que sujetos de otras razas y costumbres podían identificar emociones con alto grado de acuerdo. Según Ekman seis serían emociones universales, presentes en toda cultura, que incluso las presentan las personas que nacen sordas y ciegas. Éstas son: alegría, ira, enojo, miedo, sorpresa y tristeza.

También debemos distinguir las emociones de los impulsos fisiológicos, que nacen de una necesidad física del cuerpo. Una vez equilibrada la función, éstos desaparecen (ejemplo: hambre, necesidad que dirige y activa la conducta para comer).

Las emociones se desarrollan, es decir, hay una evolución desde las primeras reacciones de un niño al nacer hasta llegar a emociones más complejas a medida que el niño crece. Un niño recién nacido llora para obtener lo que necesita. Sin embargo, estas emociones son inespecíficas e indiferenciadas entre sí, están íntimamente relacionadas con el sentir sensorial, es decir, con el cuerpo y sirven para la conservación inmediata de la vida por lo que poseen un carácter vital. Por esto, un estímulo externo como un ruido fuerte puede afectar en alto grado a un niño pequeño.

Tomando en cuenta el temprano desarrollo afectivo de un niño, Freud señaló la importancia del cuidado de éste. Dio gran énfasis a las investigaciones científicas que apoyaran la tesis de que el amor de ambos padres, pero al inicio el materno es indispensable y no sólo conveniente ya que las raíces de la vida emocional se hallan situadas en la lactancia y la primera infancia, como lo corroboran posteriormente investigadores ingleses tales como John Bowlby. De esta manera, los primeros vínculos establecidos son fundamentales para el desarrollo de una personalidad sana. Es así como un niño presentará un comportamiento estable y feliz dependiendo de sus primeros cuidados.

Existen tres emociones que parecen presentarse desde los primeros meses de vida. La primera es el miedo ante cambios bruscos, sonidos y pérdidas de apoyo. La segunda es la cólera al ser manipulado y restringido en los movimientos, y la tercera es el amor cuando son satisfechas sus necesidades.

Los niños desde las cuatro a seis semanas sonríen frente a las personas que conocen debido a que ya poseen sensibilidad a las expresiones humanas.

Entre los tres y cuatro meses manifiestan sorpresa y tristeza siendo posible observar que cuando las madres están tristes ellos se agitan y lloran y por otro lado, evitan mirar cosas que muestran emociones negativas.

Entre los seis y ocho meses aparece el miedo y el temor frente a los extraños debido a que ya poseen conciencia de sí mismos y han establecido una relación afectiva con la madre. Al final del segundo año aparece el desprecio y la vergüenza.

Sin embargo, no todos los niños son iguales. Desde muy pequeños podemos observar diferencias individuales entre ellos, que están dadas por el temperamento, pudiendo observarse niños más tranquilos y otros más irritables.

Los niños fáciles poseen un humor positivo, funciones corporales regulares y respuestas de intensidad moderada o baja. Responden positivamente a los acercamientos, son cariñosos y fácilmente adaptables a la rutina. Aprenden rápidamente las reglas y se adaptan fácilmente al colegio.

Los niños difíciles presentan funciones corporales irregulares, reaccionan intensamente, tienden a alejarse, tienen dificultad de adaptación y un ánimo generalmente negativo. Por otro lado, presentan baja tolerancia a la frustración, llanto y risas estridentes, hacen pataletas a menudo y requieren de alta tolerancia de los padres.

Los niños lentos en establecer contacto tienen bajos niveles de actividad, les cuesta adaptarse a situaciones nuevas, presentan baja intensidad de reacción y hay que darles tiempo para que actúen según su propio ritmo ya que si se les presiona tienden a retirarse.

Para adentrarse más profundamente en el tema de las emociones es importante revisar algunas de las principales teorías.

Teorías acerca de las emociones

Teoría de Cannon-Bard. Este autor plantea que los eventos o estímulos que inducen emoción (como por ejemplo, mirar o participar en un torneo deportivo) estimulan el sistema nervioso. Esta estimulación da por resultado reacciones fisiológicas (por ejemplo, un pulso más rápido o una mayor presión sanguínea). Simultáneamente, esta estimulación también produce los estados cognoscitivos subjetivos a los que llamamos emociones (por ejemplo: ansiedad, ira, gozo).

Teoría de James-Lange. Según estos autores, los eventos que inducen emoción (por ejemplo, ver una película de terror) producen reacciones fisiológicas (por ejemplo, pulso muy rápido, mayor presión sanguínea, aumento de la sudoración). Nuestra conciencia de esas reacciones da por resultado los estados cognitivos subjetivos que etiquetamos como emociones (por ejemplo, ira, gozo, temor). Es decir, nos sentimos asustados porque notamos que nuestro corazón se acelera, la boca se nos reseca, las palmas de las manos se humedecen, etcétera.

Teoría de Schachter-Singer. Para estos autores, los eventos que inducen emoción (por ejemplo, ver una película de misterio) producen un incremento en la activación. En respuesta a este estado de activación incrementada, buscamos en el ambiente externo para identificar las causas posibles de la misma (especialmente en situaciones en que existen varias causas potenciales). Las emociones que experimentamos dependen de las causas que elegimos.

Teoría de las emociones en la obra de Phillip Lersch

Philip Lersch es un psicólogo que estudió con mucha profundidad el tema de la personalidad humana, demostrando un gran interés por las emociones en el hombre. Para poder entender las emociones en la obra de Lersch debemos adentrarnos brevemente en su teoría de la personalidad.

Para él, lo anímico se hace comprensible a partir del hecho de que todos los seres animados están sometidos a las leyes de la vida. Lo anímico ocurre cuando en los seres vivientes se da lo que él ha denominado vivencia, siendo esta unidad cuyas partes se hallan entrelazadas por un significado. La vivencia se produce cuando la comunicación del ser vivo con el mundo circundante se acompaña de un darse cuenta, de un percatarse, de un percibir. Por otro lado, el ser humano posee una diversidad de necesidades y la posibilidad de intimidad, diferenciándose así de los animales. Estas necesidades van desde las más instintivas a las metafísicas, siendo éstas últimas las que hacen al hombre llegar a la existencia de Dios y a la autopresencia del alma. De esta manera llegamos al concepto de vida anímica entendiendo por ésta lo que acontece en nuestro interior, emergiendo del curso cambiante de nuestras emociones, sentimientos, pasiones y estados anímicos. La vida anímica no sólo palpita en nuestro interior sino que se derrama hacia afuera y nos envuelve constantemente en la experiencia con los demás.

La vida anímica tiene un desarrollo desde las escasas reacciones anímicas de un niño al nacer todavía relativamente indiferenciadas y sencillas hasta las múltiples operaciones y contenidos de la vivencia que van a evolucionar a un conocimiento, control, moderación y atingencia más adecuados.

Por otro lado, la vida anímica es vista por Lersch como una totalidad, no un compuesto de partes sino que una unidad que desborda a las partes. De esta manera, todos los objetos de la vida anímica, es decir, la percepción, representación y pensamiento, sentimiento y estados de ánimo, emociones y pasiones, apetitos y tendencias, decisiones y acciones nunca podrán ser entendidos en su significado más profundo desprendidos de la totalidad de la vivencia.

El organismo vive en el mundo y por esto se comunica con él. La vida anímica es un proceso en el cual hay comunicación del ser viviente con el mundo.

El organismo viviente debe adaptarse al mundo, esta adaptación está estrechamente ligada con la comunicación ya que ambas se encuentran al servicio de la conservación del individuo tanto biológica, como psicológica. El hombre debe aprender casi todo teniendo que adaptarse a las realidades sociopsicológicas que le toca vivir.

Todo lo vivenciado ocurre en un ahora dejando huella en un trasfondo, de manera que no queda perdido en el alma sino que permanece en un estrato profundo conservándose allí como un poder activo, vivo desde donde se infiltra en cada momento como presente. A esto se le puede llamar memoria experiencial y ésta influye muy activamente en el vivenciar actual.

No podemos entender las vivencias y la vida anímica si no la situamos en la teoría de la personalidad.

La personalidad según Lersch está formada por tres capas, niveles o estratos entremezclados entre sí, de tal manera que en las acciones del individuo están todas presentes predominando una sobre otra.

En el estrato suprapersonal estarían los pensamientos y la voluntad, en el fondo endotímico estarían los apetitos, tendencias, vivencia afectiva y temple estacionario. El tercer estrato es el fondo vital, lo netamente biológico.

Nos referiremos más detalladamente al fondo endotímico en donde se situarían las emociones. El fondo endotímico representa el ámbito más profundo e íntimo de la vivencia, surge de una esfera que no es abarcable por el yo consciente, dándonos como modos especiales de nuestro ser anímico más propio. Las consideraciones sobre los procesos del fondo endotímico empiezan con las tendencias que son las que ponen en marcha la vida anímica. La tendencia es experimentada en una forma subjetiva especial, sentimos que algo nos falta o carecemos de algo. La necesidad me impulsa y es una inquietud sentida inmediatamente.

Todo lo que encontramos en el mundo es percibido de acuerdo a la temática de las tendencias, sin embargo, estas vivencias estimulantes deben relacionarse con los sentimientos. Para Lersch, sentimientos y emociones no son lo mismo.

En un primer lugar, tendríamos los movimientos del sentimiento o emociones y por otro lado los estados sentimentales o sentimientos permanentes. Así como las emociones son modalidades de sentirse afectados por el mundo, los sentimientos serían modalidades de nuestro ánimo interno que se proyectan sobre el mundo. Los sentimientos permanecen aun cuando desaparezcan las circunstancias pues son independientes de la situación actual, tienen historia por lo que se miran a la luz de la historia vital de la persona.

Tipos de emociones

Emociones de la vitalidad. Las emociones de vitalidad son las de la temática de la vida.

Dolor. La vivencia del dolor es el sufrimiento, es precisamente una vivencia en la que experimentamos el aislamiento de nuestra existencia. Puede ser un mecanismo que cuida la autoconservación (dolor físico), como por ejemplo, un aviso de nuestro cuerpo que indica que algo no está bien, y permite alejarnos de situaciones que son nocivas. La esencia del dolor es que desorganiza la intimidad del hombre en toda su estructura vital y psíquica. Es el fondo de la vida el que es atacado por el dolor. En el dolor la vida ya no es un regalo sino una pesada carga que llevar. El dolor oculta que la vida se puede convertir en nuestro peor y más temido enemigo. El dolor es el mal más real, inevitable e innegable, sale desde dentro al encuentro de la vida, la inhibe y la amenaza. Por

ejemplo, en la muerte de un ser querido o un amor desgraciado, se percibe que es la raíz profunda de la vitalidad la que ha sido afectada. Altera y amenaza el fondo de nuestro ser. El dolor es un mal real e innegable por el cual, la raíz del ser humano se ve afectada. Se puede identificar claramente lo que nos produce el dolor tanto físico como psicológico, es un objeto que tiene una cualidad especial, es como una espina en el corazón. Del dolor uno quiere escapar, pero no se encuentra salida, no podemos sustraernos a él. Si bien la experiencia de dolor es una alteración que nos hace sufrir es la única forma de abrirnos camino hacia lo más espiritual. Gracias al dolor uno se puede desligar de lo puramente físico, biológico y alcanzar metas que son más propiamente humanas.

Placer. El placer es el opuesto a la vivencia del dolor; si el dolor es experimentado como un trastorno, el placer es experimentado como satisfacción en el impulso vital. Es percibir un fluir caudaloso y un aumento de intensidad de la vida. En todo placer se nos concede algo que llena un vacío.

Aburrimiento. Si en el goce percibimos una satisfacción de la temática del impulso vital, el aburrimiento es una emoción en que esta satisfacción se detiene u obstruye y desaparece; o sea, en el aburrimiento, la existencia misma se percibe como vacía y desierta.

Saciedad y repugnancia. Desde el aburrimiento parte una línea continua, que pasando por la saciedad, llega a la repugnancia. Si el aburrimiento representa el punto cero de la vivencia del placer, ésta está matizada por la espera de él. La saciedad se considera como la antipatía del placer. Sólo podemos saciarnos de algo cuando lo hemos gozado previamente. La saciedad es la pesadez e incomodidad, su gesto emocional es de replegarse a sí mismo.

Alegría y aflicción. La alegría es una emoción por la cual una cosa, un ser, un suceso, ingresa inmediatamente a nuestra intimidad y es vivenciado como un don, y se nos muestra como una fisonomía de claridad y luminosidad; se expresa un brío ascendente. En la alegría el pasado recibe un nuevo sentido y una actitud hacia el futuro. La aflicción sería entonces la pérdida o ausencia de la plenitud y del sentido de la vida.

Otras emociones de la vitalidad son: diversión, fastidio, embeleso y pánico.

Emociones del yo individual. Dentro de las vivencias del yo individual vamos a dedicarnos a las emociones que tienen que ver con la conservación del individuo. Desde el punto de vista evolutivo, se encuentran en primer lugar el susto, la excitación y la ira. Se relacionan con la vivencia de placer o displacer; felicidad y dolor.

Vivencias emocionales de la conservación del individuo:

1. Susto: Éste se produce cuando aparece súbita e inesperadamente una amenaza sorpresiva que se siente como un *shock*. Se trata de una interrupción violenta de los

procesos vitales psicosomáticos, de una perturbación de la continuidad del curso del organismo. Existe una amenaza al yo individual. El susto se caracteriza por negación de movimiento, rigidez, quedamos como petrificados.

2. Agitación: Se percibe como algo amenazador, pero sin cualidad objetiva; la agitación la percibimos como una amenaza que nos irrita y nos desorienta porque no podemos abarcarla. Resulta perturbada la conducta dirigida a un fin o a un objetivo, pero no en la forma de paralización rígida, sino que en excitación, turbación y desorganización de nuestro comportamiento.

3. Ira: Así como el susto tiene un carácter defensivo, la ira tiene un carácter agresivo. Se reacciona en forma de ataque contra lo que lo produce; nos sentimos impulsados y estimulados al ataque, percibimos una acumulación de tensión interior que intenta descargarse, pero todavía se añade un sentimiento de irritación que nos estimula hacia la destrucción de lo que nos perturba. La ira carece de reflexión y comprensión, por eso es diferente a la cólera. Está relacionada con las ansias de poder.

El susto, la ira y la excitación se ponen en juego cuando está atacada la conservación del individuo y son suplantadas en el transcurso evolutivo por el temor, la desconfianza y la suspicacia.

Vivencias emocionales del egoísmo, el deseo de poder y de la necesidad de estimación:

1. Contento-descontento: Al considerar las demandas del egoísmo, del deseo y poder y de la necesidad de estimación, la satisfacción de estas exigencias se siente en la emoción del contento y su insatisfacción en el descontento.

2. La envidia: Se relaciona con el “querer quitar a otro” y con el descontento por no haber obtenido lo que se quería tener.

3. Los celos: Se encuentran relacionados con la envidia. Surge de un apetito de posesión y de exigencia egocéntrica. Se trata de poseer un valor ante otro que es discutido y puesto en peligro por un tercero.

4. Triunfo y derrota: Se relaciona con el deseo de poder de manera que su satisfacción se presenta en el sentimiento de triunfo y su fracaso con el sentimiento de derrota.

5. Halago y agravio: La satisfacción de la necesidad de estimación tiene relación con el halago, cuando fracasa la necesidad de estimación surge el agravio.

Vivencias emocionales del impulso vindicativo. Cuando se fracasa en conseguir poder, honra o estimación se puede provocar la necesidad de represalia, venganza y resentimiento.

1. El desquite: Cumplimiento de la venganza.

2. Alegría por el daño ajeno: Se nota la satisfacción del resentimiento.

3. Gratitude: Cuando creemos responsable a otros de que nuestras demandas queden satisfechas o perjudiciales.

Emociones de la tendencia a la autoestimación:

1. Las vivencias de inferioridad y vergüenza: La vivencia de inferioridad puede afectar a la necesidad de estimación, pero su motivo principal procede de la temática de la necesidad de autovaloración. La vergüenza aparece cuando se ha perdido un prestigio que se poseía.

2. La estimación, desprecio de sí mismo y el arrepentimiento: En estas emociones nos hallamos colocados frente a nosotros como nuestros propios jueces prescindiendo por completo del juicio del mundo exterior.

Emociones transitivas. Estas emociones tienen relación con las temáticas que afectan al individuo como un ser trascendente individual, social y espiritual.

Dirigidas hacia el prójimo "ser con otro":

1. Convivencia, simpatía y antipatía: El individuo reacciona por un lado con simpatía, en el que el otro es aceptado; por otro lado, con el sentimiento de la antipatía, en el que el otro es rechazado.

2. La estimación y el desprecio del prójimo: En la estimación el otro es aceptado como digno, en el desprecio la persona no es aceptada.

3. El respeto y la burla: En el respeto vemos en el otro un valor que no poseemos. En la burla obtenemos placer por el rebajamiento del otro.

Emociones de "ser para otro":

1. Sentimiento compartido: Hallarse dirigido a otro sujeto, a un tú.

2. Amor al prójimo: Nos afectamos con lo que encontramos en el otro.

3. Amor erótico y humano: En el amor erótico los contenidos de sentido y de valor propio de la existencia del ser amado y descubiertos por el sentimiento del amor, se convierten en los más importantes en la existencia del amante.

4. Capacidad para amar: Es diferente en el hombre y la mujer. La mujer reviste en mayor grado que en el hombre el aspecto de entrega, sacrificio y desvelo.

5. Odio a los semejantes: El otro aparece como un sujeto sin valor.

Emociones de las tendencias creadoras y cognitivas:

1. Alegría de crear: Se vincula a la satisfacción que se siente por dar origen a algo nuevo.

2. Sentimientos noéticos: Corresponden a las temáticas de las tendencias cognitivas.

Psicopatología de la afectividad

César Carvajal

Los pensadores y los filósofos fueron los primeros en estudiar los afectos. Fueron ellos quienes opusieron la vida afectiva a la vida racional. El filósofo clásico daba primacía a la razón y al intelecto (que consideraba como más próximos a lo perfecto) y despreciaba lo sentimental y afectivo, que estarían cercanos a lo imperfecto. Pascal colocó a los sentimientos en un plano equivalente a la razón y acuñó una frase conocida: *“el corazón tiene razones que la razón desconoce”*. Desde una aproximación biológica se ha establecido una cierta lateralización hemisférica, que ha relacionado al hemisferio cerebral izquierdo con un funcionamiento más racional y al hemisferio derecho con un predominio de lo afectivo o sentimental. De este modo se han determinado diferencias entre hombres y mujeres, entre artistas y no artistas, entre matemáticos y no matemáticos, etcétera.

Al hombre no le suceden las cosas de manera neutra, sino que toda vivencia se acompaña de una cierta afectación, es decir, de un impacto emocional. *La vida afectiva sería el conjunto de estados y tendencias que el yo vive de forma inmediata, que le es propio y que le influye en toda su personalidad*. Además, lo general es que exista una polarización en términos duales: placer-dolor, agradable-desagradable, alegría-tristeza, amor-odio, etcétera.

Para una buena comprensión de la afectividad, lo primero que hay que tener en cuenta es el problema de la definición de los términos relacionados con ella (emoción, sentimiento, afecto, ánimo).

Emoción. La emoción es definida por la Real Academia de la Lengua Española como *un estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos, la cual produce fenómenos viscerales que percibe el sujeto emocionado y con frecuencia se traduce en gestos, actitudes y otras formas de expresión*. La emoción tiene un énfasis en lo fisiológico (componentes autonómicos, lenguaje y actividad motora) y se produce como reacción inmediata al efecto de un estímulo eficiente que puede provenir tanto del mundo externo, como del mundo interior. La emoción corresponde a una perturbación psicofísica aguda e intensa. Un ejemplo de emoción es el miedo. Las emociones pueden tener controles desde lo biológico, lo psíquico y/o lo social.

Sentimiento. El sentimiento es un estado afectivo más complejo que las emociones, de menor intensidad y de menor perturbación somática. Este término proviene del latín *sentio* que significa sentir. La Real Academia de la Lengua Española lo define como *acción y efecto de sentir o sentirse, impresión y movimiento que causan en el alma las cosas espirituales, y también como estado del ánimo afligido por un suceso triste o doloroso*. El sentir corresponde a experimentar sensaciones producidas por causas internas o externas. A su vez, sensación se refiere a *la impresión que las cosas producen en*

el alma por medio de los sentidos o bien a la emoción producida en el ánimo por un suceso o noticia de importancia. Una definición más confusa de sentimiento es la siguiente: todo lo psíquico que no se puede poner en un mismo plano con los fenómenos relacionados con los movimientos instintivos o con los actos de voluntad. Por último mencionaremos otra definición: “todo lo que no se sabe llamar de otro modo”. Un ejemplo de sentimiento es el amor.

Afecto. El término afecto proviene del latín *affectus* (estado mental) y *afficio* (tener influencia sobre) y según la Real Academia de la Lengua Española se refiere a cualquiera de las pasiones del ánimo como ira, amor, odio, etc. El afecto corresponde a un sentimiento relativamente prolongado de agrado o desagrado frente a una realidad. El afecto fundamental corresponde al estado de ánimo habitual.

Por otra parte, desde una perspectiva fenomenológica el ánimo está integrado por el afecto, el impulso a hacer, la voluntad que da paso o no a lo que se desea hacer, el conocimiento de la repercusión que tendrá lo que se efectuará y el deber que se tiene frente al hecho de realizar o no algo. El ánimo corresponde a una estructura muy compleja y fundamental cuyo motor o base es la gana. A su vez, el ánimo se vincula a un estado psicocorpóreo que puede traducirse en brío, coraje, entusiasmo, vigor, deseo, etc. El ánimo es un arma para gobernar los sentimientos. Una condición clínica donde existe una pérdida del ánimo es la depresión, con todas las repercusiones que ella conlleva.

Según Kurt Schneider, los sentimientos se pueden clasificar en sentimientos de estado o vitales y sentimientos de valor. En los sentimientos vitales la afectividad se experimenta como próxima al cuerpo y en los sentimientos de estado hay menos proximidad a éste último; en ambos casos lo que se está expresando es la resultante entre la afectividad y el funcionamiento vegetativo. En los sentimientos de valor el estado afectivo está centrado en el valor propio o en el valor ajeno.

Los sentimientos vitales se clasifican en agradables (frescura corporal, vigor) o desagradables (agotamiento, fatiga, “cuerpo malo o cortado”) al igual que los sentimientos de estado. Sentimientos de estado agradables son la alegría, el buen humor o la confianza, y desagradables, la tristeza, la pena o el temor.

Los sentimientos vitales propios tienen un polo afirmativo (fuerza, vanidad, orgullo) y otro negativo (vergüenza, culpa, insuficiencia, timidez). Esta polaridad también se mantiene en los sentimientos de valor ajeno; los afirmativos son el amor, el cariño, la simpatía y la compasión, y los negativos son el odio, el rechazo, el desprecio o la desconfianza.

Trastornos de los sentimientos vitales

Ansiedad o angustia. La angustia corresponde a una especie de inquietud o desasosiego que puede provenir del temor a algo próximo o pasado, del recuerdo de actos

que hayan producido vergüenza o culpa, de la añoranza de cosas que se han esfumado, o de épocas o lugares que están muy distantes e, incluso, aparecer sin motivo aparente.

Antiguamente se diferenciaba la ansiedad de la angustia. La ansiedad correspondía a intranquilidad corpórea pura; en cambio, la angustia estaría más centrada en lo psíquico, pero con manifestaciones corpóreas como taquicardia, midriasis (dilatación pupilar) o palidez. Hoy tienden a utilizarse indistintamente.

Más importante resulta para el clínico poder establecer la diferencia entre *angustia normal* y *angustia patológica*. La angustia normal no bloquea al individuo para que pueda ocupar la mente o el cuerpo en alguna actividad, e incluso resulta beneficiosa ya que permitirá que el sujeto utilice todos sus recursos físicos y psíquicos. Es en este sentido que se ha promovido el concepto de angustia “creadora” cuando estamos en el ámbito de la angustia normal. En cambio, la angustia patológica es paralizante, bloquea e impide disponer de las capacidades psíquicas para poder dedicarse a alguna actividad. La angustia normal se asocia con una responsabilidad asumida, permite reordenar la rapidez con que se va sucediendo el tiempo y puede ser creadora. Hay distintos tipos de angustia normal: incitante (frente a un desafío intelectual), agobiante (frente a un duelo o desgracia) o emocionante (frente al juego). La angustia patológica puede estar asociada a motivos desencadenantes (angustia secundaria) o producirse sin motivo (angustia primaria) como ocurre en la esquizofrenia o en una depresión endógena.

Tensión. La tensión corresponde al sentimiento de inquietud física; lo podemos asimilar a la condición en que el sujeto está “a punto de” hacer algo como atacar, huir o defenderse.

Tristeza vital. En la tristeza vital hay un estado de pena, amargura, pesimismo, desesperación, y a diferencia de la angustia, saca al hombre de sí mismo, es decir, es una forma de reaccionar. Este sentimiento tiene una estrecha relación con la corporalidad; es así como se puede localizar en diversas partes del cuerpo como la frente, el pecho o la región epigástrica e incluso producir un aspecto particular de “envejecimiento”. Se puede encontrar en la depresión.

Alegría vital. La alegría vital se caracteriza por un estado de optimismo, de júbilo, de bienestar, que también se traduce al cuerpo provocando una “frescura corporal” y una actividad motora facilitada, como también una tendencia a la locuacidad. Además este sentimiento se contagia, es decir, el observador no permanece neutro. En la manía se observa la alegría vital.

Trastornos de los sentimientos de estado

Euforia. Es un sentimiento exagerado de bienestar psicológico inadecuado a la situación que vive el sujeto. Un paciente con una manía estará locuaz, con gran optimismo e irradiando felicidad, por ejemplo, frente a un quiebre económico.

Afecto heboide. Se define por una actitud de jugueteo, de payaseo y falta de seriedad, lo que resulta muy poco adecuado a la situación que se está viviendo. Esto puede encontrarse en la esquizofrenia hebefrénica.

Afecto pueril. Hay una apariencia de ingenuidad, el paciente aparece como imprudente, bobo y su hilaridad no es contagiosa. Se puede presentar en cuadros orgánicos cerebrales o en la epilepsia.

Aplanamiento afectivo. En estos pacientes existe una disminución de la capacidad de respuesta emocional, una falta de modulación afectiva, una frialdad afectiva y dan la impresión de estar lejanos y distantes. Lo podemos encontrar en la esquizofrenia.

Paratimia. Se define como la discordancia entre la respuesta emocional y el contenido de lo que se está relatando, lo que resulta incongruente; por ejemplo, relatar con cierta jocosidad el fallecimiento de un ser querido. Puede aparecer en la esquizofrenia.

Ambivalencia. Corresponde a la presencia simultánea de dos sentimientos que se oponen entre sí, como amor y odio. Se puede encontrar en la esquizofrenia.

Pánico. Estado afectivo episódico con intensa angustia, sensación de muerte inminente, de desmayarse o de perder el control; se acompaña de síntomas autonómicos y de deseos de huir. Se presenta en una crisis de pánico o en situaciones de riesgo vital (como en una catástrofe).

Perplejidad. Se trata de una reacción en que aparece angustia, turbación, extrañeza y asombro frente a acontecimientos que se viven como desconocidos, nuevos o curiosos. Puede aparecer en el comienzo de algunas esquizofrenias en el estado denominado *trema*.

Labilidad afectiva o emocional. Corresponde a cambios bruscos y repentinos en el tono afectivo sin que se identifique un motivo comprensible que lo justifique. Se encuentra frecuentemente en cuadros orgánicos cerebrales.

Trastornos de los sentimientos de valor propio

Sobrevaloración. Estado caracterizado por un exceso de confianza en sí mismo, el sujeto se siente con capacidades por sobre lo normal. Se encuentra en la personalidad paranoide.

Minusvalía. El paciente siente que sus capacidades físicas y psíquicas están marcadamente disminuidas; se sienten inútiles, indecisos e incapaces. Es frecuente de encontrar en pacientes depresivos.

De culpa. Estado en que predomina el remordimiento por pensamientos, acciones o actitudes ocurridas en el pasado; hay autorreproches sin relación con lo ocurrido con anterioridad. Es un estado característico de la depresión.

De ruina. Estado en el que se experimenta el no poseer bienes materiales o estar francamente arruinándose. Es posible encontrarlo en pacientes depresivos.

De pérdida de sentimientos. Aunque es un estado poco frecuente se caracteriza por la incapacidad de sentir pena, alegría o cualquier tipo de sentimiento. Hay una sensación de estar vacío. Se lo encuentra en la depresión severa.

De éxtasis. Se caracteriza por experimentar un sentimiento de felicidad máxima, hay una exaltación placentera que en algunos casos puede llegar al oscurecimiento de conciencia. Puede aparecer en la epilepsia.

Trastornos de los sentimientos de valor ajeno

Suspiciacia. Estado caracterizado por una desconfianza permanente en que las expresiones, actitudes y conductas de los demás ocultan una intención diferente de fondo. Se puede encontrar en la esquizofrenia paranoide.

Hostilidad. Los pacientes se muestran agresivos y amenazantes hacia los demás al considerar que el ambiente que los rodea está en su contra. Puede encontrarse este sentimiento en los paranoicos.

Reticencia. En este estado hay desconfianza extrema que se traduce en evitar gran parte de los temas que se le proponen; en los casos más severos puede llegarse a no pronunciar palabra, ni emitir gesto. En ocasiones aparece en la esquizofrenia paranoide.

PERCEPCIÓN Y ATENCIÓN

Catalina Parragué

La percepción es una función psíquica que se inserta dentro de los llamados procesos cognoscitivos. Éstos tienen la finalidad de organizar la conducta de manera que ésta sea efectiva a los requerimientos tanto internos como externos al sujeto.

A través de la percepción las personas podemos contactarnos con el mundo que nos rodea y conocer lo que está pasando a nuestro alrededor en cada momento, es así como a través de ésta logramos introducir información a nuestra mente, información que resulta ser una herramienta clave para guiar nuestras conductas de modo que resulten efectivas para los fines que perseguimos.

Fisiología de la percepción

Todo el sistema perceptual tiene una base fisiológica que comienza con la detección de la estimulación externa a través de los órganos de los sentidos. Este proceso

termina con las respuestas elaboradas por el sistema nervioso central y periférico.

Los órganos de los sentidos poseen detectores o receptores que son células sensibles a determinados tipos de energía. Por ejemplo, el oído responde a vibraciones de aire las cuales son transformadas mecánicamente, llegando a nuestra conciencia como un sonido. Los sentidos no son necesariamente sensibles a una sola forma de energía, por ejemplo, a través del tacto podemos captar presión, vibración, texturas y temperatura.

Los perceptores no sólo captan la energía sino que la transforman en señales electroquímicas para el sistema nervioso central, donde esta información es interpretada y así tomamos conciencia de ella. En ese momento, en que lo detectado pasa a ser contenido de conciencia, decimos que comienza lo “psicológico” propiamente tal, y ya podemos hablar de *vivencias*.

La *psicofísica*, ciencia que estudia cómo funcionan nuestros sentidos, ha tratado de establecer una relación entre los aspectos de los estímulos y nuestra percepción psicológica de los mismos. Se ha preocupado, entonces, de estudiar los distintos fenómenos que afectan la forma en que percibimos, y ha clarificado el hecho de que la percepción obedece, por un lado a la preparación y disposición de los órganos de los sentidos y por otro, a las características de los estímulos en sí mismos o a cómo ellos sean presentados.

Algunos conceptos importantes en el estudio de la percepción son:

Umbrales sensoriales: Valor límite a partir del cual empieza una sensación, es decir la cantidad de estimulación necesaria para que ésta sea percibida por una persona. Hay ciertos estímulos que no penetran en nuestra conciencia, lo que no significa que no puedan actuar sobre nosotros e influir en nuestro comportamiento.

Umbral absoluto: Es la intensidad más pequeña que debe tener un estímulo para poder ser percibido por una persona, para ser experimentado por la conciencia.

Umbral diferencial: Es la menor diferencia de intensidad que debe haber entre dos estímulos para que éstos sean percibidos como distintos. Este umbral varía según la cantidad de estimulación que hay en el ambiente y la intensidad del estímulo original.

Umbral o habituación: Es un proceso mediante el cual, al exponerse repetidas veces a un estímulo, disminuyen los niveles de respuesta frente al mismo. Como la habituación es un cambio de conducta, basado en la experiencia, es una manera sencilla de aprendizaje. La habituación ahorra energía, pues permite permanecer alerta y prestar atención sólo a los elementos y sucesos que despiertan interés, porque parecen deseables, amenazadores o novedosos. Por ejemplo: una persona que llega a vivir cerca de una carretera, al principio despertará en la noche con cada auto que pasa, pero con el tiempo estos vehículos ya no la molestarán ni la despertarán.

Definición de sensación y percepción

Es a través de las sensaciones y percepciones que entramos en contacto con el mundo en un aquí y ahora, logrando tener conciencia del mundo que nos rodea.

La materia prima de las percepciones son las sensaciones, las cuales proceden de influjos del mundo exterior que designamos como estímulos. Éstos son captados a través de los distintos órganos de los sentidos, como la visión, el olfato, el tacto, etc. Para que exista conciencia de estas sensaciones, las estimulaciones exteriores deben ser transmitidas y transformadas de cantidades de estimulación aisladas en vivencias, por ejemplo, las vibraciones electromagnéticas, que llegan al organismo como cantidades de estimulación a través del sistema nervioso son transformadas de cualidades, por lo tanto, lo que nosotros percibimos no son estas ondas electromagnéticas sino que distintos colores.

Por otro lado, estas impresiones sensoriales no son vivenciadas como cualidades aisladas, sino como un conjunto, como un todo conectado. Esta unidad compleja y organizada es lo que se denomina percepción. Una casa, por ejemplo, no es percibida como una suma de formas diversas y superficies más o menos iluminadas, sino como un objeto definido, como una casa con las cualidades genéricas de ella. Es posible que se haga muy poco caso de las características aisladas de la casa. Esto nos muestra que en la percepción intervienen otros factores, además de la mera recepción de datos sensoriales: la persona, que percibió la casa, hizo una síntesis de las diversas sensaciones que le generó ese estímulo "casa", como los colores, formas, texturas, y unió estos distintos elementos en un conjunto total.

Con el concepto de sensación, nos referimos a las cualidades más sencillas e indivisibles de la percepción, más allá de las cuales ya no es posible la diferenciación. Es importante no olvidar que la sensación es un dato analítico de los investigadores y no la experiencia primaria del sujeto, es decir, no tiene conciencia de estas sensaciones.

Los estímulos internos y externos, los órganos sensoriales receptores, las sensaciones, y los procesos del sistema nervioso central que convierten estas sensaciones en vivencias, son la materia prima de las percepciones, por lo tanto, condiciones necesarias. Sin embargo, no son suficientes, ya que para que exista una percepción hace falta un factor integrador que le dé significado a las sensaciones.

Percepción

Ésta es la toma de conciencia de los estímulos del mundo y de una realidad muy particular, es la realidad que la persona quiere ver, que construye a partir de su propia experiencia. Es más de lo que vemos, oímos, sentimos, saboreamos u olemos. Es también el significado que damos a estas sensaciones, a través de la manera en que nuestro cerebro organiza la información que proviene de nuestros sentidos.

A través de los órganos de los sentidos percibimos estructuras totales, globales, dotadas de significado. En la percepción las distintas sensaciones aparecen condensadas

en una unidad, por lo tanto, es necesario admitir que junto con las condiciones materiales de las sensaciones actúa un factor independiente de ellas que las configura y al que provisionalmente vamos a dar el nombre de *principio de la forma*, el cual integra la diversidad espacial y temporal de las distintas sensaciones en percepciones delimitadas. Por ejemplo, en una melodía lo que percibimos es más que la suma de los diversos sonidos aislados.

La psicología de la Gestalt asimiló estas ideas y realizó un gran aporte subrayando la importancia de la configuración total, global, y que lo que percibimos es más que la suma de los distintos estímulos ya que la información es organizada por el individuo.

Con lo anterior, queda dicho que la percepción no es una simple recepción y reproducción automática de las sensaciones provocadas por los estímulos, sino que implica una actividad propia del sujeto anímico. El sujeto participa en cada acto perceptivo con su totalidad, como un ser único y distinto a los otros, a través de la selección, enriquecimiento y clasificación de lo objetivamente dado.

La pregunta que queda aún por responder es ¿cómo participa el sujeto?. Diversos autores han planteado que la manera en que el sujeto configura la percepción es a través de un esquema anticipador, que orienta una búsqueda a través de lo que llamamos atención voluntaria, la cual es consciente, pero también a través de una búsqueda preconsciente, sin previa representación de lo buscado (como por ejemplo, la búsqueda de los impulsos y tendencias, lo cual se halla ya inconscientemente anticipado).

A partir de los estudios realizados por la psicología de la Gestalt y la importancia del papel configurador del sujeto, se plantearon varios principios y leyes, como por ejemplo:

Ley de continuidad. Según esta ley, la mente continúa en la dirección sugerida por el estímulo.

Ley de la proximidad. Cuando un objeto está cerca de otro, tendemos a percibirlos juntos más que por separado. Agrupamos elementos que se encuentran uno al lado de otro.

Ley de la semejanza. Agrupamos elementos parecidos ya sea por su color, dimensiones, formas, etcétera.

Ley del cierre. Completamos configuraciones incompletas, pasando por alto lo que no está completo de la información sensorial y percibimos al objeto como un todo incluso cuando la realidad no existe.

Existe otra manera de organizar la percepción y es viéndola como una figura y fondo, donde la figura es lo que sobresale o donde enfocamos nuestra atención y el fondo son los otros estímulos que rodean a aquel en el cual hemos centrado nuestra atención.

Predisposición perceptiva. Muchas veces oímos, vemos lo que esperamos oír y ver, o que encaja con nuestras ideas preconcebidas.

El conocimiento de la manera cómo nuestras expectativas influyen en nuestras percepciones es importante para juzgar los estímulos. Por ejemplo: una persona hipocondríaca puede percibir el dolor de manera más intensa que otra persona en la misma situación.

Constancia perceptiva. Con este concepto nos referimos a la tendencia a percibir los objetos como estables e inalterables pese a los cambios de la estimulación sensorial. Una vez que hemos formado una percepción estable de un objeto, lo reconocemos en cualquier posición, a cualquier distancia y en distintas condiciones de iluminación. Por ejemplo, si una persona se aleja por la calle, la imagen en la retina será cada vez más pequeña, pero nosotros sabemos que el tamaño de esa persona en realidad no ha variado.

Atención

Al vivir rodeados de estímulos no podemos darnos cuenta de todos a la vez. Todo estímulo puede atraer la receptividad del sujeto, pero el sujeto también puede controlar su atención centrándola en estímulos y la percepción. Con atención nos referimos al hecho de que de una multiplicidad de estímulos, dirigimos nuestra conciencia a la observación o percepción de una cosa.

La atención también está relacionada con el reflejo de orientación. El sujeto despierto tiende a mantener una observación de la situación de estímulo que le sea favorable o desfavorable. Luego de una mirada panorámica del lugar, las personas reaccionan: si el estímulo es peligroso va a desencadenar comportamiento protector, si es un estímulo nuevo pero no amenazante puede desarrollar un interés cognoscitivo.

Conciencia

El concepto de conciencia tiene variados usos no sólo en el lenguaje común, sino también en otras disciplinas; por ejemplo, en términos jurídicos, una persona sin discernimiento en el delito es inimputable, ya que no tiene una real "conciencia" de su responsabilidad en éste.

En psicología han existido diversos puntos de vista teóricos sin que se halla llegado a un consenso respecto a qué se entiende realmente por conciencia. Hay autores que consideran como consciente todas las vivencias, mientras que otros solamente entienden por tales aquéllas a las que se dirige la atención del sujeto. Por otra parte, podemos hacer una distinción entre la actividad de la conciencia y el contenido, diferenciando diversos estados de conciencia según la intensidad y rapidez de la actividad de la conciencia y según la claridad y la comprensión de su contenido. A partir de las distinciones señaladas podría establecerse una escala que va del estado de absoluta falta de conciencia (sueño profundo, desvanecimiento, coma), pasando por una serie de grados de enturbiamiento de la conciencia (estado de estupor, confusión, estado crepuscular, etc.) a la máxima claridad de la conciencia.

En psicología, es la perspectiva descriptiva la que nos acerca a la comprensión global de ella, ya que concibe la conciencia como el estado en que son posibles las vivencias, procesos psíquicos que son experimentados de manera inmediata por el sujeto, como percepciones, recuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos, procesos de voluntad, es decir la forma en que se da el comportamiento es a través de la experiencia concienciada, el individuo se experimenta a sí mismo, así, consciente. Por ejemplo, cuando recordamos, al evocar imágenes, somos conscientes de las imágenes que llenan nuestro espacio vital. En la percepción somos conscientes de lo que estamos percibiendo.

En estos procesos se ve que la conciencia es un darse cuenta, un tomar nota inmediato y subjetivo. En el sujeto adulto y normal, implica una diferenciación entre sujeto y objeto, una distinción entre yo y no yo constituyéndose el espacio de la conducta normal (la alteración da cuenta de una posible patología), ya que de esta manera logra identificar contenidos, vivencias, estímulos y diferenciarlos como propios y ajenos, además le permite volverse hacia sí mismo y ver lo que está pasando en su interior, en su propio funcionamiento.

Psicopatología de la percepción

César Carvajal

La psicopatología se refiere al estudio de los fenómenos mentales anormales. Dentro de este campo, el análisis de las alteraciones de los fenómenos perceptivos ha sido de interés progresivo. Se ha definido la percepción como el proceso mediante el cual es posible adquirir conciencia de lo que se percibe a través de los órganos sensoriales. Es decir, el acto perceptivo constituye una forma de conocimiento; es un proceso activo en que participan un objeto y un sujeto. Se define como objeto a todo lo que esté frente a nosotros, sea en el mundo externo o en el interno. Cuando el objeto está ante nosotros corporalmente hablamos de percepción; en cambio, cuando un objeto se nos presenta imaginariamente se trata de una representación.

Un estímulo sensorial al activar un receptor provocará un impulso eléctrico que finalmente se traducirá en un registro cerebral. Este proceso neurofisiológico, denominado sensación, va a determinar una experiencia para el sujeto y se acompañará de un significado. Podemos decidir que “vemos” con la corteza occipital y esto tendrá un significado para cada persona.

Todo lo que se percibe adquiere un significado. Es en este significar de la percepción que se obtiene una vivencia perceptiva. Toda vivencia se expresa en lenguaje (verbal o no verbal) y es, en definitiva, el análisis del lenguaje lo que permite explorar un fenómeno mental y discriminar lo normal de lo patológico. La tarea del psicopatólogo consiste en descubrir cómo se percibe la realidad.

Popularmente se plantea que “vemos lo que queremos ver”. Esta afirmación apunta al hecho de que en el significado de una percepción influyen diversos factores tales como el estado afectivo, los sentimientos, las emociones, la experiencia previa del sujeto y sus experiencias biográficas frente a lo percibido. Por ejemplo, una determinada zona costera tendrá un significado distinto según la está percibiendo un empresario pesquero, un ecologista o un pintor.

Las percepciones se pueden clasificar como *sensoriales* (percepción real y objetiva que se obtiene y elabora a partir de la observación directa del estímulo, el cual ejerce su acción directa sobre los receptores sensoriales), *consecutivas o postsensoriales* (en las que hay persistencia de la imagen sensorial después de desaparecido el estímulo, especialmente cuando éste último ha sido muy intenso; constituye un paso intermedio entre la percepción y la representación) y *pareidolias* (que consisten en ilusiones fantásticas, producto de la fantasía creadora del sujeto frente a un material sensorial de límites imprecisos, con conciencia clara de que se trata de una creación propia y no de una realidad; es lo que puede ocurrir al “ver” una torta de crema en una nube que se desplaza lentamente).

Las diferencias entre percepción y representación han sido claramente establecidas por K. Jaspers, eminente psicopatólogo alemán (ver Tabla 2-1).

Por su parte las representaciones pueden clasificarse del siguiente modo:

a) *Mnémicas*. Se trata de un recuerdo evocado por la memoria (cuando un arquitecto diseña una casa y se representa el modelo en distintas ocasiones para ir haciéndole modificaciones).

TABLA 2-1. DIFERENCIAS ENTRE PERCEPCIÓN Y REPRESENTACIÓN SEGÚN K. JASPERS

<i>Percepción</i>	<i>Representación</i>
1. Corpórea, con carácter de objetividad.	1. Imaginaria, con carácter subjetivo
2. Aparece en el espacio objetivo exterior.	2. Aparece en el espacio representativo subjetivo interno.
3. Diseño determinado, con formas completas y todos los detalles.	3. Diseño indeterminado, formas incompletas y algunos detalles.
4. Los elementos de la sensación tienen toda la frescura sensorial.	4. Hay pobreza sensorial.
5. Son constantes y se retienen fácilmente de la misma manera.	5. Se descomponen y deben crearse cada vez de nuevo.
6. Son independientes de la voluntad y se admiten pasivamente.	6. Son dependientes de la voluntad y se producen activamente.

b) *Fantásticas*. Son creaciones producto de la imaginación del sujeto (la elaboración del libro "De la Tierra a la Luna" de Julio Verne).

c) *Eidéticas*. En el espacio objetivo externo se proyectan imágenes que pertenecen al campo subjetivo; existe conciencia de que tal imagen no es real y se mantiene el control de esa capacidad (la transformación de una escoba en un brioso caballo).

d) *Oníricas*. Corresponden a representaciones durante el sueño, las que son aceptadas como reales durante el sueño (un monstruo que ataca y del que se escapa hasta, la mayoría de las veces, despertar antes de ser devorado).

Trastorno de las sensaciones y de las percepciones

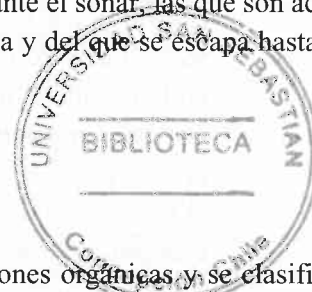
Los trastornos de las sensaciones pueden obedecer a lesiones orgánicas y se clasifican según el órgano sensorial afectado. Se pueden denominar *amaurosis* (ceguera), *anacusia* o *hipoacusia* (sordera total o parcial), *anosmia* (ausencia de olfato), *ageusia* (pérdida del sentido del gusto) y lesiones de la sensibilidad (*hiperestesia*, *hipoestesia*, *anestesia* y *parestesias*).

Hay otros trastornos que corresponden a la incapacidad de reconocer diversas sensaciones (sin que exista daño en el órgano sensorial) y que se presentan en algunas enfermedades neurológicas; se denominan agnosias y pueden ser de distintos tipos, por ejemplo: agnosia de colores, agnosia gráfica y de números, agnosia acústica, somatoagnosia (partes del cuerpo) y *anosognosia* (no se reconoce un defecto en el funcionamiento de parte del cuerpo, como puede ocurrir en una parálisis).

También pueden presentarse trastornos de las sensaciones de origen funcional, como ocurre en una ceguera o una sordera psicógenas (denominadas fenómenos conversivos).

Los trastornos de la percepción, por su parte, pueden ser cuantitativos o cualitativos. Entre los trastornos cuantitativos de la percepción se pueden incluir:

- a) La *aceleración*, en que el número de unidades de percepción por unidad de tiempo está aumentado. Con frecuencia hay además errores perceptivos. Se observa con frecuencia en pacientes con una manía.
- b) El *retardo*, en que las unidades de percepción por unidad de tiempo están disminuidas. También puede haber errores perceptivos al no tener una buena percepción del conjunto. Se puede encontrar en pacientes depresivos.
- c) La *intensificación*, en que los estímulos adquieren gran vivacidad. También es denominada hiperestesia. Por ejemplo, una hiperestesia a los ruidos en un paciente con un daño cerebral post TEC.
- d) El *debilitamiento*, en que los estímulos provocan una percepción reducida. También se le denomina hipoestesia y puede encontrarse en pacientes depresivos.



Los trastornos cualitativos de la percepción se refieren a las ilusiones y las alucinaciones:

Ilusiones. Éstas corresponden a percepciones deformadas de un objeto real y se pueden clasificar del siguiente modo:

- a) *Por inatención.* Los errores perceptivos están facilitados por una menor atención (previo a los correctores automáticos de los procesadores de texto era necesario recurrir a los correctores de prueba, quienes se especializaban en no dejar pasar errores en la lectura de un texto que sería editado).
- b) *Por tensión afectiva o catatímicas.* Aunque existe una captación sensorial adecuada, la percepción está deformada por la carga afectiva que está experimentando el sujeto, al ser víctima de un estado de miedo intenso o de rabia (en esas circunstancias, por ejemplo, un tronco de árbol puede transformarse en una figura humana acechante).
- c) *Autoprovocadas.* Ocurren frente a estímulos confusos o monótonos. Después de un rato del canto de un grillo puede “escucharse” una palabra determinada. Se presentan en tareas monótonas y en general con cierto estado de agotamiento.

Alucinaciones. Junto a las percepciones reales pueden aparecer percepciones enteramente nuevas, en que no hay objeto percibido. Es decir, el paciente “inventa” un objeto nuevo, que surge en el vacío. En cambio en las ilusiones se requiere de un objeto existente. Ball ha definido las alucinaciones como “*percepciones sin objeto*”. El paciente está convencido totalmente de la realidad del fenómeno. Dependiendo del sistema sensorial afectado las alucinaciones se clasifican como sigue:

- a) *Auditivas:* “escucho voces que me dicen tírate al metro”.
- b) *Visuales:* “veo por la muralla como suben las cucarachas y las arañas”.
- c) *Gustativas, olfatorias:* “siento un olor a excremento y tengo mal gusto en la boca”.
- d) *Táctiles:* “siento que me tocan y que me tiran de un brazo”.
- e) *Cenestésicas y del esquema corporal:* “me siento vacía, sin corazón ni pulmones”.
- f) *Cinestésicas o motrices:* “me empujan y me tiran lejos”.

Existen tres tipos de alucinaciones que tienen implicancias diagnósticas y se denominan *veras* o verdaderas, catatímicas y alucinóticas. También deben considerarse las alucinaciones culturales.

1. Alucinaciones *vera*. En las alucinaciones *vera* surge algo nuevo que deja pasivo o bien se le obedece, el acento está puesto en el hecho de percibir y no en el contenido de lo percibido. Lo que molesta, por ejemplo, es el hecho de escuchar las voces y no lo que dicen. Es posible circunscribir la especialidad (“las voces vienen de la casa del lado”). Su contenido puede ser, la mayoría de las veces, ominoso (degradante) o numinoso (enaltecedor). Curiosamente estas alucinaciones no se desgastan en el tiempo y el paciente cada vez que vuelve a presentarlas es como si ocurrieran por primera vez, y adopta una posición “de escucha” en el caso de las alucinaciones auditivas. Lo principal es que a estos fenómenos se les da un carácter de verdad absoluta, lo que se ha denominado certeza apodíctica.

2. Alucinaciones *catatímicas*. Las alucinaciones catatímicas son producto de un afecto exaltado, se acompañan de temor de lo ocurrido y el sujeto presenta reacciones vegetativas. Por ejemplo, cuando a un deudo se le aparece el difunto que ha fallecido pocos días antes.
3. Alucinaciones *alucinóticas*. Las alucinaciones alucinóticas se caracterizan porque el sujeto es capaz de reconocer el alcance patológico que tienen, el acento está puesto en el contenido de lo alucinado y existe temor a que vuelvan a presentarse. Se encuentran en paciente alcohólicos, en estados de privación y popularmente se las reconoce dentro de un estado de “espirituamiento”.
4. Alucinaciones *culturales*. Las alucinaciones culturales se observan en determinados grupos de personas, situaciones y lugares. En nuestro país, por ejemplo, algunos pirquineros pueden reunirse para hacer un pacto con el diablo y ven la desviación de la llama de una vela que les indicará dónde encontrarán una veta de algún preciado metal. Algo similar ocurre con los chilotes y la aparición del Caleuche y todo el entorno que lo caracteriza. Estos fenómenos no pueden considerarse patológicos, sino como extranaturales en sujetos normales, pero en circunstancias determinadas.

Trastornos de la representación

La pseudoalucinación corresponde a un trastorno de la representación que, siguiendo las características de toda representación, no se basa en una percepción real externa, sino en una “percepción” interna, imaginaria y subjetiva. Son fenómenos extraños para el paciente, que se imponen y surgen misteriosamente en la mente. La actitud que en general adopta el paciente es de un ensimismamiento.

Existen distintos tipos de pseudoalucinaciones:

- a) *Verbales*: “voces interiores”.
- b) *Visuales*: experimentar escenas imaginarias, tener visiones interiores.
- c) *Verbomotoras*: otras personas pueden hablar a través del paciente utilizando su pensamiento y su sistema fonatorio.
- d) *Del recuerdo*: existe el sentimiento que se recuerda una vivencia anterior, aunque todo es producto del momento y es referido al pasado. El paciente no se preocupa del significado del fenómeno.

MOTIVACIÓN

M^a Elena Larraín

M^a Paz Soubllette

El tema que nos ocupa es vasto y complejo. El concepto de motivación, históricamente posterior al de voluntad, en parte ha sustituido a éste último. En la mayoría de las teorías psicopatológicas el término voluntad ha sido borrado como potencia del hombre, como

proceso psicológico y como dimensión que juega algún rol en la conducta humana. Se dejó de considerar a la voluntad como fuente de actividad psíquica, dejó de ser un principio explicativo para convertirse en efecto a explicar. Por otro lado, la psicología hizo propias explicaciones de las ciencias naturales y utilizó sus conceptos. Con esta adopción no pudo integrar el concepto de voluntad en su marco metodológico. La psicología europea y la americana que se separaron a partir de los años veinte, mantuvieron un interés distinto por el concepto y el fenómeno de la voluntad. La psicología europea no sufrió la revolución conductista y por esto mantuvo en parte el interés por la voluntad.

El enfoque teórico que se adopte sobre la motivación será propio de cada argumentación y no sólo incluirá o no a la voluntad, sino que como lo señala Bandura *“lo que los teóricos creen que la gente es, determina los aspectos del funcionamiento humano que exploran más en profundidad y los que dejan sin examinar”*. Las concepciones sobre la naturaleza humana influyen por tanto en lo que la gente se va a convertir según el enfoque que se le dé a la comprensión de ciertos fenómenos y a la inclusión del estudio de características definidas como humanas o no.

Intentar seguir el camino histórico del concepto motivación escapa al objetivo de este trabajo. Sin embargo, parece relevante señalar que hablar de motivación olvidando la voluntad o confundiendo ambos términos es arriesgado. La ausencia del término de voluntad en la mayoría de los textos de psicología hace pensar que ha desaparecido de la psicología, sin embargo, han proliferado los libros y manuales de autoayuda en los que se enfatiza la propia capacidad de decisión, la voluntad de cambiar y de elegir la dirección del cambio.

La voluntad como paradigma explicativo dejó su lugar a la motivación, un sistema determinista que puede ser científicamente estudiado. De acuerdo a algunos teóricos, las teorías de la motivación representaban un gran progreso porque permitían que se adoptara un punto de vista determinista para explicar las conductas, cosa que antes se atribuía a factores tales como el alma o el libre albedrío. Como dice J.A. Marina, la ciencia ha sustituido la voluntad por un sistema determinista para poder estudiar así la conducta científicamente. Términos como alma, voluntad, libertad, responsabilidad, han quedado progresivamente fuera del ámbito científico y reputados como movilizantes acientíficos.

Los teóricos de la motivación y en general las teorías psicológicas tienden a negar la libertad del hombre y a considerar su autonomía como un mito, del que no acaban de deshacerse y al cual apelan en ciertas ocasiones.

Teóricos como Skinner llegaron a plantear que bastaba con manejar bien las recompensas y castigos para poder controlar las conductas propias y ajenas. En su libro *“Más allá de la libertad y la dignidad”*, Skinner defendió con elocuencia que las desventajas de la civilización son derivadas de su creencia en la libertad y en la dignidad humana, superstición detestable que habría impedido a los psicólogos tomar las riendas y utilizar su *“ingeniería motivacional”* para resolver los problemas sociales.

También el psicoanálisis clásico ha criticado a la voluntad y ha mezclado sus críticas con la libertad. Freud en su "Introducción al psicoanálisis" escribió: *"Destruyendo el determinismo universal, aunque sea en un solo punto, se trastorna toda la concepción científica del mundo"*.

Tal vez haya que pensar que la psicología en lugar de limitarse a estudiar al ser humano ha estado determinando el modo de ser del sujeto de acuerdo al enfoque teórico que lo describe con el entendido de que al hacerlo científicamente se está verdaderamente definiendo a las personas. Algo semejante puede haber sucedido con el concepto de voluntad, que ha desaparecido de los textos y tratados de psicología. Los psicólogos hemos adoptado un enfoque en el que sólo hay cabida para la motivación como explicación y causa de la conducta humana. Parafraseando a un pensador cognitivo, libre albedrío es el mito de la volición humana que se basa en una tercera alternativa, distinta de la causalidad y del azar. No hay lugar para esas alternativas, porque cualesquiera que sean las acciones que "elijamos", ellas no pueden producir el menor cambio en lo que de otro modo habría sido, pues esas rígidas leyes naturales ya han sido causa de los estados mentales que nos hicieron tomar esa decisión. Lo real para los cognitivistas son los procesos neuronales y señalan que las decisiones se toman en el cerebro y el hombre sólo milésimas después toma conciencia de ellas. Para pensadores de este enfoque no hay razón para considerar libre a un sujeto como éste, que toma decisiones sin conciencia y sólo se limita a tomar conciencia de lo que se decide fuera de los límites de ella.

Nos parece importante haber mencionado y descrito parte del proceso de sustitución no sólo de conceptos, sino de fenómenos propios del ser humano. Sin embargo, una vez señalada la situación nos adentraremos en el estudio de lo que creemos que hoy se entiende por comportamiento humano y algunas explicaciones psicológicas sobre su origen y causas. Más que explicar las diversas teorías existentes sobre la motivación del ser humano a actuar, intentaremos definir lo que se entiende por comportamiento propiamente humano, lo que lo distingue de comportamientos de otros seres vivos y luego finalmente haremos mención de algunos de los conceptos tradicionalmente discutidos en torno a este tema. El recorrido a seguir tiene su racionalidad desde el proceso histórico ocurrido en la psicología para la comprensión del actuar humano. Como lo dijimos antes siguiendo a J.A. Marina, los enfoques y teorías psicológicas no sólo se han dedicado a describir funciones psicológicas, sino que han debido construir verdaderas antropologías que distan mucho de la comprensión clásica de la naturaleza humana. Por este motivo iniciaremos este trabajo con una distinción entre lo que se entiende por comportamiento propiamente humano y conductas semejantes en otros seres vivos. Nos parece que si esta distinción, que es de orden filosófico más que psicológico, queda esclarecida será más fácil comprender los distintos enfoques motivacionales y la antropología que hay detrás de cada uno de ellos.

Comportamiento humano y comportamiento animal

El surgimiento de los fenómenos mentales en la historia de los seres vivos está íntimamente ligado al apareamiento de un determinado tipo de seres vivos, a saber: los llamados animales. Como señala Serani: “esos fenómenos se encuentran ligados en estos seres vivos a un tipo particular de actuar que denominamos *comportamiento o conducta*”. La ciencia psicológica centra su interés en el estudio del comportamiento humano pero se hace necesario esclarecer qué es lo propiamente humano de la conducta del hombre a diferencia de la conducta animal. Esta diferenciación y esclarecimiento nos permitirá adentrarnos en la materia de este artículo, reconociendo que el tema de la motivación humana tiene aspectos semejantes a la del animal, pero también características que son propias y exclusivas. En los animales aparecen rasgos distintivos de su conducta que se asemejan, pero también se diferencian notoriamente de la acción del hombre. Al observar, en la naturaleza, el comportamiento de un determinado animal, se nos revelan algunos de estos rasgos distintivos. Por ejemplo, podemos captar que son seres capaces de moverse y desplazarse en el espacio, y que si bien sus movimientos están afectados por influencias y fuerzas provenientes del medio externo, su actuar presenta una autonomía y variabilidad notable respecto de los seres inertes quienes se nos presentan como totalmente pasivos. El comportamiento animal aparece por tanto, como afectado o impuesto extrínsecamente, pero a la vez se observa que tienen capacidad de generar sus propios desplazamientos. Se trata de un desplazamiento que surge desde el animal mismo, y que tiene una direccionalidad plástica en función de la variabilidad de los peligros que lo acechan o de los estímulos que lo atraen. Se trata, en definitiva, de un autodesplazamiento orientado en función de la aparición temporal de atractores o peligros.

El comportamiento animal entonces se revela como poseyendo no sólo una direccionalidad u orientación intrínseca, sino que además y por encima de todo, este comportamiento tiene *significado* en relación al desenvolvimiento y a la supervivencia del animal como un todo. Respondiendo a la pregunta acerca de cómo es que el animal es capaz de producir esas acciones, surgen tres momentos o componentes básicos de toda conducta externa, tal como lo señala Serani. El primer componente es la necesaria aprehensión “a distancia” de aquella realidad que atrae o que amenaza. Es necesaria una “*aprehensión representativa intencional de la realidad o más brevemente, se necesita conocimiento*”. La realidad pasa a estar presente en el animal que conoce, de un modo no físico, pero no por eso menos real. El sujeto que conoce no sólo aprehende lo que conoce sino que lo valora como algo benéfico o nocivo, es decir, hace un juicio de realidad acerca de la conveniencia o inconveniencia de lo que está conociendo. Es por tanto un conocimiento práctico el que produce en términos inmediatos la conducta.

En segundo lugar, es necesario que el sujeto se disponga subjetivamente frente al objeto conocido. El animal se orienta en términos de atracción o repulsión hacia la realidad que percibe como benéfica o nociva. Se trata de experiencias básicas de placer o dolor.

En tercer lugar, Serani señala: *“toda conducta animal externa exige unas facultades locomotrices, capaces de ser activadas en función de la atracción o de la repulsa y que son orientadas en su desenvolvimiento por aquel mismo conocimiento que la originó”*. Esto hace que el animal no sea en realidad desplazado por sus capacidades locomotrices, sino que sea orientado desde dentro por la fuerza del apetito y la orientación del conocimiento. Si estas fuerzas internas no existiesen el animal sencillamente no se activaría. Y si se llegase a activar lo haría en forma autónoma de un conocimiento o de un afecto y se trataría de acciones o movimientos *sin sentido*. *“El movimiento animal es uno en el que todo el animal está comprometido y en el que conocimiento, afecto y desplazamiento, más que tres acciones separables se integran todas ellas en una síntesis original e indisoluble”*.

Si la conducta animal es constitutivamente psíquica en el sentido de que todas sus manifestaciones empíricas se encuentran traspasadas de conocimiento y afectividad, se verá que estos aspectos encuentran mayor fuerza y evidencia en la consideración de la psicología humana. Se puede por tanto afirmar que todas las reducciones que se hagan de la conducta humana a sólo sus componentes cognitivos, afectivos o empíricos por separado constituye una *“mutilación de la realidad, que no puede sino conducir a conclusiones aberrantes”*. Por este motivo se hace necesario identificar y precisar los aspectos propios de la conducta motivada en el ser humano sin caer en explicaciones sobresimplificadas que analizan su complejidad generalmente considerando en exceso ciertos aspectos y disminuyendo o negando el peso de otros. A continuación se describirá brevemente el afán principal de la psicología y se aclarará lo que se considera como propio del ser humano.

La psicología estudia e intenta responder las interrogantes relativas al por qué las personas se comportan de la manera en que lo hacen. Le interesa establecer qué lleva a las personas a tener comportamientos predecibles y relativamente estables frente a determinadas situaciones. Busca explicar por qué éstas llevan a cabo conductas dañinas o irracionales para sí mismas, que no responden al sentido común y no parecen ser una opción para el bien de la persona, sino que nos enfrentan con la falta de libertad y de salud mental o en última instancia con el proceso de enfermedad. Lo que busca la psicología es, algo tras ese comportamiento (entendemos por comportamiento aquí no sólo las acciones, sino actitudes, pensamientos y afectos), que le dé un sentido y lo haga comprensible. Para una comprensión profunda y no reduccionista, es fundamental reconocer que el animal humano y su comportamiento no está solamente determinado por su conocimiento y su afectividad, sino que se trata de un sujeto que juzga ya no sólo por el instinto, que en el caso del hombre está bastante indeterminado, sino y sobre todo enjuicia por un juicio de su razón. De acuerdo a Serani: *“es este juicio de conveniencia o de inconveniencia para el sujeto, que el mismo sujeto emite por su razón, el que se corresponde con un nuevo orden de apetitos de atracción o repulsión, un orden de apetitos propiamente intelectivos en su raíz y que proceden de la voluntad; éste es el inmenso campo de los afectos, sentimientos, amores y odios propiamente humanos”*. En el caso del animal

humano este juicio de conveniencia o inconveniencia no está determinado por el instinto, sino que queda abierto a la libertad personal. Libertad que no es total sino determinada por algunos condicionantes que son bastante rígidos como los que derivan de las necesidades básicas de alimentación y protección, y por otros que son más plásticos debido a que proceden de pulsiones animales en el hombre y que son vestigios de los instintos animales que en ellos funcionan en forma completa y propia de cada especie. Habiendo definido que la acción del hombre es compleja e involucra el juicio de su razón, sus apetitos intelectivos que proceden de la voluntad y que en función de esto surge la libertad y plasticidad, es posible plantear el tema de la motivación de la conducta humana como un eje central en la comprensión psicológica de la persona.

Ese algo que hace comprensible el comportamiento es lo que llamamos motivación. Es decir, la motivación corresponde a una hipótesis, con la cual suponemos que existen causas o motivos comunes a la especie humana que actúan como motor del comportamiento, dándole energía a la persona que la llevan a salir al encuentro de algo que satisfaga su necesidad. Existe una tensión, un desequilibrio que la persona vivirá como una incomodidad que tiene que superar.

La motivación entonces da cuenta de aquella disposición psicológica que lleva a la persona a atender a determinada información, percibirla y reaccionar a ella. La motivación para actuar en una determinada dirección influiría por tanto en el proceso perceptivo, en el sentido de discriminación y selección de los estímulos percibidos o atendidos.

Aceptamos que existe esto que llamamos “motivación”, en tanto vemos que las personas en general actúan en forma más o menos consciente en determinadas direcciones. Es decir, vemos que hay alguna estabilidad en la gente con respecto a lo que persiguen en su comportamiento. También se aprecia que en las distintas etapas de la vida, las personas tienden a buscar metas que concuerdan con aquéllas que buscan sus pares o las de quienes están pasando por el mismo período de vida.

Entonces, podemos definir motivación como “*aquello que pone en marcha el comportamiento en determinada dirección*”. Diremos, por ejemplo: “Marta se acercó a un frutero, cogió una manzana y la comió”. Ante eso nos planteamos que lo más plausible es que Marta haya tenido hambre. Podríamos decir que el hambre movilizó su comportamiento, actuó como “móvil o motor”.

Sin embargo, la complejidad del ser humano va mucho más allá de este ejemplo y puede que Marta no haya tenido hambre, y que su comportamiento responda a otro motivo. Es esa complejidad del ser humano lo que lleva a que en psicología el tema de la motivación, como muchos otros temas, haya sido terreno de diversas discusiones e interpretaciones teóricas. El preguntarse por motivación es algo muy básico, e inevitablemente acarrea un problema filosófico y antropológico, pues en realidad la pregunta es ¿cuál es la naturaleza del hombre que explica su comportamiento?

Existen distintas teorías acerca de la motivación. Éstas se pueden clasificar de acuerdo a si le dan mayor énfasis a los aspectos biológicos, al aprendizaje o al papel de

los factores cognitivos. Sin embargo, concordamos con J.A. Marina en que la historia de éstas no ha logrado aún esclarecer temas básicos. Se confunden conceptos como motivo (aspectos subjetivos) con objetivos (meta) y cuando se indaga sobre la razón de un comportamiento no se sabe claramente si se obró por uno o por otro. *“Nos movemos en un terreno de causalidades recíprocas, la meta dirige el comportamiento, cuando una intención dirigida por un motivo se fija en ella. El incentivo de una meta puede actualizar el impulso. El impulso instaura la meta. Estamos en un círculo intencional”*. Hull, en los años cuarenta fue un gran teórico que elaboró una ecuación sencilla para explicar la conducta: la fuerza de la tendencia a actuar, las ganas de hacer algo, depende de la fuerza del impulso y de la fuerza del hábito. Tiempo después, McDouglas identificó 18 motivos básicos. H. Mung, treinta años más tarde elaboró un listado de 20 necesidades básicas humanas e inventó un procedimiento para medirlas. Dos décadas después, A. Maslow, representante del movimiento humanista, organizó las necesidades humanas en forma de pirámide, en donde las necesidades fisiológicas como la sed y el hambre aparecen en la base de la pirámide y las distintas necesidades de autorrealización en la cúspide. De esta manera, las necesidades humanas tienen distinta prioridad; la que en primer lugar debe ser resuelta es la de supervivencia, luego la de seguridad, de estima, las necesidades cognitivas, las estéticas y, por último, las de autorrealización. Según Maslow, a medida que se van satisfaciendo los sucesivos estratos de necesidades, el individuo se siente motivado para atender las necesidades del peldaño siguiente.

Por otro lado, las necesidades centradas en el aprendizaje indican que las necesidades biológicas pueden tener importancia, sin embargo, el aprendizaje puede ser más importante cuando se trata de dirigir una conducta ya que una conducta que es recompensada puede aumentar la motivación de una persona de realizarla nuevamente.

Por último, las teorías cognitivas de la motivación indican que la manera de reaccionar de los humanos tiene que ver con la interpretación que se hace de la realidad, la idea que se tenga de ella.

Sin embargo, existe la posibilidad de estudiar el tema de la motivación intentando no adentrarse en el problema teórico, sino más bien describiendo el comportamiento humano y sus regularidades, con lo cual se puede llegar a una clasificación de cuáles son motivos comunes al ser humano. Esa manera de abordar los temas, en forma descriptiva, es lo que llamamos fenomenología, que se dedica a la descripción de los fenómenos.

Philip Lersch es un psicólogo que ha optado por este enfoque fenomenológico en torno a la motivación y en general, a la personalidad humana. En 1938, desarrolló una clasificación de las motivaciones del hombre. Su postura antropológica, en términos muy generales, plantea que el ser humano es un ser de características especiales y distintas al resto de las especies: *el hombre es un ser biológico, individual, social y trascendental, integrado en una totalidad que está en constante comunicación con el mundo*. Su concepto de comunicación es amplio, pues estima, por ejemplo, que una de las primeras formas de comunicación del hombre con el mundo es el metabolismo, en éste recibimos algo del mundo externo, que nos hace cambiar y a la vez damos algo al mundo como resultado.

Es en esta comunicación e interacción que se produce entre el hombre y el mundo, donde aparecen las necesidades que son formas de expresar una tendencia inherente al hombre, que es la tendencia a autoconfigurarse desplegando la totalidad de su ser en el mundo. Es decir, si el hombre es un ser biológico, individual y a la vez social y trascendental, se pueden describir en él tendencias o necesidades biológicas, sociales y trascendentales.

El comportamiento humano comienza en la tendencia a la realización de estas dimensiones que le son propias, sus dimensiones antropológicas. Es así que el hombre vive la no realización de estas dimensiones como una necesidad. Es esta necesidad la que mueve (motiva) a las personas en busca de la realización de estas posibilidades y a su vez hace que la percepción seleccione aquellos objetos adecuados para la realización de estas posibilidades de esa dimensión humana. Por ejemplo, si está en cuestión la necesidad biológica de la sed, el sujeto tenderá a buscar la situación oportuna para beber agua.

El ser humano tendría tres dimensiones fundamentales que buscan su expresión en la comunicación con el entorno. Una dimensión biológica, de la cual surgen tendencias o motivaciones que Lersch llama de la vitalidad; otra dimensión que lo individualiza como ser único y distinto a los demás de la cual surgen las tendencias del yo individual; y una dimensión que da sentido a su vida en el universo de sus congéneres, de la cual surgen las tendencias trascendentes.

El hombre vive el estado de necesidad y a través de éste se da cuenta de sus tendencias, ya que a diferencia del resto de las especies, cuenta con la actividad de la introspección, que es la capacidad de reflexionar sobre lo que le pasa. En la introspección, por ejemplo, la persona que tiene sed, al principio sólo vive un desagrado, pero al pensar más en qué es eso, descubre –tras un acto de introspección muy simple– que tiene sed.

Se plantea que esa vivencia de desagrado o vivencia tendencial que motiva el comportarse de una u otra forma, sería la que “pone en marcha la vida psíquica” pues lleva al ser humano a buscar cómo superar su desagrado y así a tomar contacto con el mundo circundante. La persona experimenta una suerte de presión a realizar una acción.

Clasificación de las tendencias

La clasificación de las tendencias o motivos que realiza Lersch es, sintéticamente, la siguiente:

Tendencias o motivos de la vitalidad. Intentan realizar la vida humana en un sentido biológico.

– *Impulso a la actividad.* La vida siempre implica movimiento y las personas, como seres vivos, intentan desarrollar el movimiento.

– *Tendencia al goce específicamente sexual.* Se diferencia de la tendencia anterior, porque a pesar de ser una tendencia ligada a estados corporales, se aspira a un goce de la clase de la voluptuosidad, además de implicar una relación con otro y tender también, en un último análisis, a la procreación.

– *Tendencia a la búsqueda de experiencias.*

Tendencias o motivos del Yo individual. Son tendencias que ponen de manifiesto que la vida le es dada al hombre en forma individual, no anónima y que el hombre intenta conservar su existencia como ser individual.

– *Tendencia a la conservación individual.* Implica que en el hombre hay un impulso a asegurarse los medios necesarios para vivir y defender su existencia.

– *Egoísmo.* Nos muestra que es natural en el hombre el querer poseer tanto objetos como personas útiles para usarlos en la expansión y consolidación de la propia vida, ya no sólo en el sentido biológico. Existiría una gradiente que va desde el egoísmo sano al desinterés y en el otro extremo llegaría a la egolatría.

– *Deseo de poder.* Tendencia a poseer superioridad sobre el mundo y los semejantes.

– *Necesidad de estimación.* Tendencia a conquistar, en el juicio de valor del mundo humano, un grado alto de consideración, fama, reputación, respeto u otro.

– *Deseo de autoestimación.* Concibiendo la propia vida como una tarea y responsabilidad ante la cual se intenta lograr una buena valoración en el propio juicio.

– *Afán vindicativo.* Impulso a la revancha frente a quien haya impedido la satisfacción de aspiraciones y deseos personales.

Tendencias transitivas o de la trascendencia. Tienden a romper el aislamiento y separación del hombre con el entorno y a dar a su existencia un sentido que lo trascienda, es decir, que va más allá de sí mismo, dándole un papel en el mundo que lo hace ser un miembro dependiente de un todo y contribuyente a ese todo.

– *Tendencias dirigidas al prójimo.* El hombre siente el impulso a participar y cooperar con la existencia humana, sintiéndose parte de un todo que le antecede.

– *Tendencia a estar con otros.* Compartir y comunicarse con otros, encontrando eco para la propia existencia en los demás y formando sociedad.

– *Tendencia a ser para otros.* Dedicarse a otras personas, sintiendo que su situación nos impone deberes y que ellos también han de integrarse a la totalidad supraindividual.

– *Tendencia creadora.* Impulso a crear. Tendencia a poner con el propio esfuerzo, en el mundo del no yo, algo que acrecienta su valor.

– *Deseo de saber.* Las personas se interesan por participar y colaborar en el esclarecimiento de un sector de la realidad en forma desinteresada. Se busca conocer el mundo en su verdadero significado.

- *Tendencia amatoria*. Amor en general. Se buscaría el ser, la idea de lo bueno (platónica), que quiere que lo amado sea y se dé en el mundo porque es bueno que exista.
- *Tendencia normativa*. Se reconocen como necesarias ideas generales como la verdad, sinceridad y justicia, que se hayan al servicio de exigencias impersonales.
- *Tendencia trascendente*. El hombre intenta superar la fugacidad y relatividad del yo, buscando algo no sometido a leyes de espacialidad y temporalidad; algo absoluto con lo que el yo pueda participar. A esta tendencia responden, en forma institucionalizada, las religiones.

Para Lersch, las distintas tendencias actúan simultáneamente y forman un todo que puede ir dando cuenta del comportamiento de la persona, por lo que el comportamiento concreto, real no puede ser referido a una sola temática y es a eso a lo que se refiere cuando propone al ser humano como integrado. En lo concreto, esto quiere decir que la evolución del hombre trae aparejado el que su comportamiento se vaya haciendo más complejo y así, las conductas dejen de obedecer a un motivo único y más bien pasan a ser la consecuencia de una combinación de motivos.

Es importante destacar que en esta visión de la motivación se plantea que toda satisfacción de tendencia trae consigo un placer, lo cual juega un importante papel, pues con ello se asegura la realización del plan vital del hombre y la realización del plan de la especie que tiende a conservarse y ampliarse.

Diferencia entre instinto e impulso

Una aclaración importante en el tema de la motivación es la posible confusión entre dos términos, a saber: instinto e impulso. El concepto de instinto tradicionalmente se ha asociado a la vida animal más que a la humana. Esto ha sido así debido a que se le ha definido como una conducta estereotipada, invariable y rígida en la que el animal no tiene clara la meta ni el futuro que esa conducta acarrea. Un instinto es un comportamiento innato, específico de una especie, relativamente complejo, determinado biológicamente y que suele ser muy importante para la supervivencia de esa especie. Si se emplea esta definición de instinto, no se podría hablar de los instintos del hombre sino de impulsos. El ser humano siempre tendrá aunque sea una vaga noción de lo que busca cuando construye un comportamiento motivado. Antes de eso sólo está la vivencia de incomodidad. La conducta racional propia del hombre es justamente tal debido a que la razón práctica le orienta a un fin, se lo muestra, y luego la voluntad, el querer, es la facultad que lo activa. Este juicio del hombre acerca de la conveniencia o inconveniencia es el que queda abierto a la libertad personal, no determinado por los instintos.

APRENDIZAJE

Catalina Parragué

La especie humana es la única que no posee un montaje genético que le asegure la supervivencia, lo que significa que el ser humano está sometido a la obligación de tener que procurarse los medios para adaptarse. Desde que nace, sólo cuenta con algunos recursos dados por su especie que ponen en marcha el comportamiento y que le permiten las primeras aproximaciones hacia la realidad desde el punto de vista práctico. Sin embargo, estos recursos no le bastan: el hombre para poder conservar la vida y adaptarse al medio debe aprender a sobrevivir a través de la constante adquisición de nuevos comportamientos y conocimientos, que le ayuden a conquistar la realidad progresivamente, aumentando la efectividad de su conducta. Uno de los procesos que le permiten al sujeto esta adaptación es el aprendizaje.

El aprendizaje es un concepto fundamental en psicología, pero resulta difícil definirlo, si comparamos a distintos autores de diversas corrientes teóricas. Pese a ello hay acuerdo respecto a que a través del aprendizaje las personas vamos adquiriendo nuevos comportamientos y conocimientos; existe también concordancia en cómo se da este proceso y en cuáles son las variables que en él intervienen, y que éstas dependen del enfoque teórico desde el cual aborde el tema.

Las diversas teorías acerca del aprendizaje, entre ellas la psicología asociacionista, la psicología de la Gestalt y la teoría humanista, han definido sus propias concepciones sobre el aprendizaje. La psicología asociacionista, en un principio pretendía comprender el aprendizaje gracias a la asociación de dos estímulos que se daban simultáneamente en espacio o tiempo. Trató así de darle un sentido al aprendizaje sin sentido como en el ejemplo de las sílabas de Ebbinghaus. Se pasó luego, con Thorndike (1911), a desarrollar la teoría del refuerzo del condicionamiento operante o instrumental. La teoría del refuerzo le otorga importancia fundamental al efecto de la conducta del sujeto y se introducen los conceptos de recompensas y castigos. Posteriormente Tolman (1932) introduce en el planteamiento conductual ideas de la psicología de la Gestalt y defiende una teoría del aprendizaje signo-gestalt que es calificada como cognitivista. En ésta se interpreta el aprendizaje como un proceso de intuición y organización en un campo de huella. A la denominación "teoría cognitiva del aprendizaje" va ligado el supuesto de que las estructuras cognitivas, en oposición a las secuencias estímulos respuestas, pueden aprenderse.

Una definición general que abarca las diferencias teóricas es aquélla que concibe al aprendizaje como el proceso de "adquisición" de una nueva información para el sujeto que tiene como consecuencia, un cambio en la conducta relativamente sistemático y estable. La "adquisición" o aprendizaje consiste en una nueva forma de relacionarse con el medio, es decir, el sujeto comprende o realiza una nueva relación de significado, estableciendo una conexión entre una experiencia previa y una información actual, lo que permite utilizar esa información de una manera nueva y distinta. La conducta y la

ejercitación externa no son necesarias para que se produzca el aprendizaje, sin embargo, sirven para que éste se consolide. Además la ejercitación de lo aprendido permite tener un criterio de evaluación, en el cual se constata el aprendizaje, sin embargo, éste no es reducible a la ejecución conductual, sólo nos muestra cómo la información adquirida se puede utilizar.

— No todo cambio conductual constituye un aprendizaje, por eso es importante distinguir el aprendizaje de otros procesos como la *maduración*, en la cual también se producen cambios, los cuales son producto de un proceso interno en el cual se van desencadenando fenómenos evolutivos en forma gradual, determinados genéticamente, a raíz de la presencia de ciertos estímulos ambientales. Los fenómenos madurativos son más autónomos, de tipo psicosomático, y son actualizados, pero no formados por el medio ambiente. Otro concepto diverso al de aprendizaje es el de *fatiga*, que consiste en un cambio de la conducta, en el sentido de que cesa o se reduce la capacidad del sujeto para responder frente a los estímulos del ambiente. Se distingue del aprendizaje ya que la fatiga implica una reducción de la respuesta frente a cualquier situación, en cambio en el aprendizaje la reducción de una conducta se da frente a una situación de aprendizaje específica. Además en la fatiga al cesar la actividad fatigosa se produce una recuperación de la conducta. Un tercer fenómeno diverso al aprendizaje es el de la *adaptación sensorial*, que consiste en la pérdida progresiva de la efectividad sensorial que experimentan las personas frente a la repetición de un estímulo a través del tiempo. Se refiere a un estímulo específico, si existe una pequeña diferencia en el estímulo, el sujeto vuelve a reaccionar. Por ejemplo: las personas en la ciudad se adaptan al ruido de la noche.

— Debe también distinguirse la *ejecución* del aprendizaje. Es necesario que exista algún tipo de ejecución para constatar el aprendizaje, pero esta ejecución puede estar influida por otros factores como por ejemplo, la fatiga. Una mala ejecución no implica un mal aprendizaje y la ausencia de ejecución no implica necesariamente un no-aprendizaje.

— Debe distinguirse también el aprendizaje de las *tendencias reactivas innatas*, las cuales son instintivas, o sea, reacciones heredadas propias de la especie; relativamente rígidas e inmodificables e independientes de la experiencia. Un ejemplo de la reacción instintiva es el reflejo de orientación: cuando una persona reacciona con una conducta de alerta frente a un fuerte ruido, esta respuesta no corresponde a un aprendizaje; otro ejemplo es el reflejo de succión el cual le permite alimentarse al recién nacido.

— Finalmente, el aprendizaje debe distinguirse de cambios provocados por enfermedades, cirugías, lesiones cerebrales, etcétera.

Las conductas aprendidas no siempre suponen necesariamente ventaja o progreso para el individuo, ni tampoco un juicio ético-social favorable. Es así como muchas veces podemos ver que las personas también aprenden conductas socialmente indeseables o desadaptativas. El aprendizaje de conductas “incorrectas” no es necesariamente más lento o menos permanente que el de conductas correctas.

Aproximaciones teóricas

Teorías conductuales del aprendizaje

Dentro de las diversas corrientes teóricas que existen en psicología, la que dio inicio a un estudio exhaustivo del fenómeno del aprendizaje es la conductual. Ésta define al aprendizaje como el cambio sistemático de la conducta, que ocurre como resultado de la práctica. Esta teoría introduce un cambio significativo en la psicología ya que traspasó el objeto de estudio desde la conciencia y el subjetivismo hacia el materialismo y el objetivismo que permite el estudio de la conducta.

Uno de los tipos de aprendizajes diferenciado por los teóricos conductuales es el condicionamiento clásico. Esta forma de aprendizaje fue descubierta en forma accidental por el fisiólogo ruso Iván Pavlov (1927), cuando estudiaba los procesos digestivos en animales. Estos experimentos permitieron comprender muchos de los principios por los cuales ocurre un aprendizaje, como por ejemplo, la relación entre los estímulos y las respuestas, que posteriormente serían utilizados en el comportamiento de las personas. Pavlov en sus estudios observó que los perros salivaban mucho antes de recibir la comida y se preguntó qué hacía que éstos salivaran con anticipación frente a estímulos distintos a la presentación del alimento. El paradigma del condicionamiento clásico se resume así:

Estímulo incondicionado (EI). Es aquél que hace que un organismo dé una respuesta innata, que se presenta siempre de la misma manera frente al estímulo. Por ejemplo, en el caso del perro de Pavlov, el estímulo incondicionado es el alimento ya que el perro responde salivando sin haber aprendido que ésta es la respuesta que debe dar, entonces la respuesta de salivación es innata. Este mismo tipo de aprendizaje aplicado al comportamiento humano se puede ejemplificar a través del condicionamiento de la respuesta de alerta, en este caso el estímulo incondicionado sería la aparición de un ruido fuerte.

Respuesta incondicionada (RI). Es aquella respuesta emitida por un organismo cada vez que se presenta un estímulo incondicionado. Ésta es innata y se da de manera automática. Por ejemplo, en el caso del perro de Pavlov frente al estímulo incondicionado (alimento) la respuesta innata es la de salivación y en el caso del ruido fuerte la respuesta de alerta sería la respuesta incondicionada ya que ésta no es aprendida sino que surge de manera refleja.

Estímulo condicionado (EC). Es aquel estímulo inicialmente neutral, es decir, que no provoca ningún tipo de respuesta, el cual se presenta repetidas veces de manera simultánea al de un estímulo incondicionado. El estímulo incondicionado y el condicionado se asocian a través de la presentación simultánea, ya sea espacial o temporal, de los

dos. En el caso del perro de Pavlov lo que se hizo fue presentar un ruido de campana simultáneamente con la presentación de la comida. En el caso de una persona se puede asociar la presencia del ruido fuerte por ejemplo con el apareamiento de una luz roja.

Respuesta condicionada (RC). Es aquella respuesta que un organismo aprende a emitir cuando se le presenta un estímulo condicionado. En el ejemplo del perro de Pavlov, podemos ver que luego de repetidas presentaciones de manera simultánea del estímulo incondicionado (alimento) y el condicionado (ruido de campana), se produce un apareamiento y si posteriormente presentamos la luz solamente, el perro responderá con salivación frente a ésta (respuesta condicionada). En el caso de la persona, ésta responderá con una reacción de alerta frente a la luz.

Como podemos ver, este tipo de aprendizaje es uno en el cual un organismo aprende a transferir una respuesta natural ante un estímulo a otro estímulo previamente neutral.

Los ejemplos anteriormente dados son típicos de casos realizados en laboratorios para el estudio de los principios por los cuales ocurre este tipo de aprendizaje. Sin embargo, podemos ver en la vida cotidiana algunos ejemplos de éstos, como es el temor que muchas personas sienten frente al sonido de una máquina del dentista, ya que pese a no ser el paciente y por lo tanto, no existir una situación “real” para tener miedo, éste está asociado a una situación de dolor.

La aplicación de estos principios se ha utilizado en el tratamiento de alcohólicos, añadiendo a las bebidas una sustancia química (EI), que provoque vómitos (RI). Después del condicionamiento, que consiste en la repetición de esta situación por un determinado período de tiempo, el licor, sin la sustancia química (EC), es suficiente para que la persona vomite, desarrollándose una conducta aversiva frente a la bebida. Sin embargo, se ha visto que este tipo de tratamiento no es efectivo en el tiempo ya que la conducta de beber es bastante más compleja y motivada por otras variables que perpetúan la adicción.

Teoría conductual del aprendizaje: condicionamiento operante

El condicionamiento anterior da cuenta de cómo se puede aprender a dar respuestas que ya poseemos frente a situaciones o estímulos nuevos. Sin embargo, estas conductas son relativamente automáticas y estereotipadas, con pocas posibilidades de un control voluntario. Sin embargo, existen múltiples comportamientos que están relacionados con actos voluntarios y de este modo el sujeto necesita estar motivado para realizarlos, como por ejemplo el que un niño recoja sus juguetes puede estar motivado por el hecho de evitar un reto, otro caso puede ser el hecho de que una persona estudie, ya que así puede obtener determinadas notas que son necesarias para aprobar el curso. Lo importante de estos ejemplos es que existe una consecuencia posterior a la conducta realizada que

determina que ésta se aprenda y realice o no. Éstas y otras acciones similares pueden ser comprendidas como condicionamiento operante.

El condicionamiento operante, planteado por Thorndike (1911) y Skinner (1953), establece que el aprendizaje se da por asociación entre la conducta realizada por el sujeto y los resultados o consecuencias de ésta (refuerzo y castigo). Estas consecuencias determinarán que se adquiera una nueva conducta, se mantenga o se elimine. Esta postura se basa, al igual que el condicionamiento clásico, en la idea de que el comportamiento está determinado por las variables ambientales a las que está sometido el sujeto durante su vida.

Entre los conceptos asociados a esta teoría, mencionemos el de *reforzar*, que consiste en presentar un estímulo inmediatamente después de realizada una conducta, el cual hace que aumente la probabilidad de que la respuesta precedente se repita en el futuro. Los reforzadores pueden ser de distinto tipo: materiales como dulces y alimentos, pueden ser de tipo social, como caricias, elogios, palabras, etc., o condicionados, como es el caso del dinero.

Para que aumente la probabilidad de ocurrencia de una conducta se utilizan *reforzadores negativos*. Éstos consisten en cualquier estímulo cuya reducción o término, aumenta la probabilidad de aparición de la conducta inmediatamente anterior. Aquí se produce un aumento de la conducta debido a que se suspende un estímulo negativo para el sujeto. Esto se puede ver en el mantenimiento de las fobias. Por ejemplo, si una persona tiene fobia a hablar en público, frente a esta situación se produce mucha angustia, pero si omite la conducta de evitar la situación, ésta desaparece. Se pueden, por otra parte, utilizar *reforzadores positivos*. Éstos consisten en cualquier cosa cuya presencia aumenta la probabilidad de que se repita el comportamiento inmediato anterior. Por ejemplo, una persona que simula una enfermedad, se hace notar y seguramente llama la atención de las personas que lo rodean. En este caso el llamar la atención de los demás es un refuerzo ya que hace que se mantenga o aumente la simulación de la enfermedad y así se hace notar.

Otros conceptos de esta teoría son los *reforzadores primarios*, que son aquéllos que tienen valor intrínseco de recompensa, tales como el agua, la comida, las caricias, palabras, etc. Se diferencian de los reforzadores *secundarios* o *condicionados*. Éstos corresponden a aquéllos cuyo valor se aprende por su nexo con reforzadores primarios, como por ejemplo el dinero. Éste tiene un valor en la medida que nos permite obtener reforzadores primarios como comida, ropa, etc. Otro concepto es el de *reforzador demorado*. Éste aparece cuando se entrega el refuerzo en forma demorada, es decir, un tiempo después de realizada la conducta, lo que puede ser menos efectivo.

Para disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta se utiliza el *castigo positivo*, que consiste en aplicar un estímulo aversivo o negativo, como consecuencia de una conducta con la finalidad de disminuir la probabilidad de que ésta vuelva a ocurrir. Por ejemplo, si un niño se come las uñas, se le pega en la mano. Desgraciadamente, parece ser que ésta es una de las formas de controlar la conducta más difundida y utilizada

por nuestra cultura. Otra alternativa es el *castigo negativo*, que consiste en suspender un estímulo positivo para el sujeto. Por ejemplo, si un niño se come las uñas, no se le deja ver televisión.

Gran número de aprendizajes se producen por condicionamiento clásico u operante, debido a se puede generalizar la respuesta o el estímulo, pero también se puede discriminar, extinguir o recuperar espontáneamente, sobre todo en aquellos aprendizajes simples, motores y mecánicos. El ser humano va ampliando el aprendizaje a otras situaciones, tareas o experiencias. Por ejemplo, no es necesario que cada vez que una persona se enfrente con una chapa de puerta distinta a la habitual, tenga que aprender a usarla. Con rapidez intentamos una respuesta aprendida anteriormente y, seguramente, al primer o segundo ensayo habremos resuelto el problema.

Algunos conceptos asociados a este tipo de aprendizaje son: a) *El de extinción*. Ésta es la disminución de la fuerza o frecuencia de una respuesta adquirida, debido a la omisión del reforzamiento (condicionamiento operante) o a la interrupción del apareamiento entre estímulos condicionados e incondicionados (condicionamiento clásico). Por ejemplo, si una persona aprendió a dar una respuesta de alerta frente a una luz ya que ésta estaba asociada con un fuerte ruido, luego de un tiempo en que se presente la luz sin el ruido la persona dejará de responder con la conducta que había sido condicionada. b) *Recuperación espontánea*. Ésta consiste en la reaparición de una respuesta extinguida después de cierto lapso, sin que haya entrenamiento ulterior. Siguiendo el ejemplo anterior, basta que se presente una sola vez el ruido con la luz para que la persona vuelva a dar la respuesta de alerta. c) *Generalización de estímulos*. Ésta consiste en la transferencia de una respuesta aprendida a estímulos diferentes pero semejantes. d) *Generalización de respuesta*. Consiste en emitir una respuesta que difiere un poco de la que inicialmente se aprendió frente al estímulo. e) *Discriminación de estímulos*. Ésta se relaciona con aprender a reaccionar exclusivamente ante un estímulo e inhibir la reacción ante los demás. Es muy importante aprender a discriminar, de lo contrario una persona puede estar respondiendo con conductas erróneas frente a estímulos similares. Por ejemplo, una mamá debe aprender a discriminar los gritos de auxilio de su hijo, de los gritos que simulan pedir ayuda pero que son un juego, o de gritos similares que provienen de la televisión, para poder así reaccionar frente al estímulo real.

Dentro de las corrientes más actuales del conductismo, se considera que el aprendizaje es una formación no intencional de hábitos, que se forman por condicionamiento, que unen la fuerza deseada y los estímulos específicos e incrementan la probabilidad de que se emitan las respuestas deseadas. El estímulo desencadena una acción. La enseñanza del hábito es fundamental debido a que se facilita y transforma en automáticas una serie de conductas que son útiles para la persona. Pero así como se aprenden hábitos útiles, también se pueden aprender hábitos inútiles o perjudiciales. Mientras mayor sea la fuerza con la que se haya asumido o incorporado una conducta como propia, mayor es la fuerza del hábito y menor será la posibilidad de extinción.

Un ejemplo de la adquisición de hábitos dañinos para la persona y la dificultad

para eliminarlos la podemos ver en las conductas de adicción de drogas como la cocaína. Este tipo de droga produce una dependencia fisiológica: cuando el consumo es suspendido se produce una fuerte angustia la que es eliminada por la ingesta de cocaína. Esto quiere decir que el consumo actúa como reforzador ya que alivia el estado de tensión y angustia que produce la abstinencia. Por otra parte, los adictos van asociando cualquier tipo de excitación con la necesidad de consumir y comienzan a dar esta respuesta frente a la sensación de hambre o frente a la excitación sexual, por lo que reducen cualquier situación de necesidad a través de la ingesta de la droga. Por lo tanto, una de las variables a considerar en el tratamiento de las adicciones es la necesidad de romper esta asociación de estímulos (estado de necesidad-ingesta) y por otro lado la discriminación de estímulos para que la persona responda con la respuesta adecuada a la excitación, es decir, frente al hambre ingiera alimentos y no droga.

Teoría mediacional: aprendizaje observacional de Bandura

Las teorías del aprendizaje revisadas anteriormente plantean que el aprendizaje ocurre en la medida que se asocian estímulos con respuestas o acciones con consecuencias y enfatiza los comportamientos observables descartando como objeto de estudio los procesos internos como los pensamientos o sentimientos. Los teóricos del aprendizaje social son representados especialmente por Albert Bandura (1969). Este autor sugiere que existe otro tipo de aprendizaje, que es el *aprendizaje observacional*. Esta teoría plantea que existen mecanismos internos de representación de la información que son centrales para que se genere el aprendizaje. En este sentido esta teoría concibe que el hombre es un agente intencional y reflexivo, con capacidad de simbolización, de previsión, de reforzarse y de regulación y autorreflexión. Es así que el hombre aprendería expectativas y no respuestas. Esas expectativas son aprendidas gracias a su capacidad de atribuir valor predictivo a las señales del medio. Y la manera más eficiente de aprender es mediante la observación, ya que se aprende lo que está haciendo el modelo.

El aprendizaje social recalca que muchas de las conductas que poseemos y que nos permiten relacionarnos con otros, son aprendidas por la observación de modelos, los que son sometidos a diversas situaciones ambientales. También se aprenden las formas de comunicar afectos, respeto, interés, hostilidad y agresión. Por ejemplo, el cómo expresar las emociones, el cómo vestarnos, el saber dónde situarnos en un ascensor, el cómo saludar, etc. Éstas y otras conductas se aprenden observando a otros cómo las han realizado. Bandura plantea que el hombre es capaz de fijarse a sí mismo normas de ejecución y luego premiarse o castigarse por su obtención o por no conseguirlas. Le concede gran importancia a las expectativas, la intuición y la formación, la autosatisfacción y las críticas. Las personas no sólo aprenden destrezas y habilidades, sino también cómo se transmiten valores e ideas.

Una aplicación de este tipo de aprendizaje se puede observar en el manejo de las conductas agresivas de los niños. Se ha visto que los niños que ven en forma frecuente,

películas de violencia tienden a realizar mayor número de conductas violentas que los niños que no las ven. En este caso los personajes de las películas actúan como modelos de la conducta de los niños. Otra aplicación es la importancia de la conducta de los padres en el desarrollo de hábitos en los hijos.

Para que ocurra este aprendizaje se deben dar cuatro etapas:

- Primero, es necesario que el sujeto preste atención y observe lo que está realizando el modelo. Generalmente la atención que presente el sujeto al modelo va a estar en función de los refuerzos que ha recibido anteriormente y de los refuerzos que reciba el modelo. Para que se logre el proceso de imitación del modelo, éste debe contar con ciertas características de personalidad –temperamento, edad y sexo, físico, vestuario– que resulten atractivas para quien imita.

- Como segundo paso, es necesario que el sujeto codifique en la memoria la conducta modelada.

- El tercer componente es la reproducción motora de la conducta. Ésta puede o no darse dependiendo de si el modelo fue reforzado o castigado por la realización de la conducta. En este sentido, a través de esta forma de aprendizaje se aprende lo que se debe y lo que no se debe hacer.

- Por último, el incentivo o la motivación para realizar una conducta va a determinar que ésta se realice o no. Para Bandura, el refuerzo no es una variable necesaria para el aprendizaje, sin embargo, estima que la expectativa de recompensa (o la evitación de la consecuencia adversa) es necesaria para la emisión de la conducta. En consecuencia, el refuerzo posee importantes propiedades de información para el aprendizaje y efectos directos sobre el desempeño. El refuerzo o recompensa debe ser atrayente para el observador, producirle consecuencias positivas, al menos como una anticipación que le incite deseos de hacer lo mismo. El observador debe percibir que imitar al modelo le traerá consecuencias positivas como éxito, atractivo, poder, posición. Por último, la conducta debe ser realizable por el que observa.

Teoría cognitiva del aprendizaje

Esta corriente teórica comenzó en el año 1970. Se inició en Alemania influenciada por los principios de la psicología de la Gestalt (1920-1930). El gran cambio en relación a las teorías previas, es que vuelve a surgir el interés por la mente y la forma en que funciona. La orientación cognitiva centró su estudio en varios procesos y actividades mentales, como por ejemplo la percepción, memoria, atención y pensamiento. Con esta se cambió el énfasis en la conducta, por el énfasis en los procesos de estructuración del conocimiento y en las actividades mentales que median entre el estímulo y la respuesta.

Tolman (1932) introduce en el planteamiento conductual ideas de la psicología de la Gestalt y defiende una teoría del aprendizaje signo-Gestalt, en la cual se interpreta el aprendizaje como un proceso de intuición y organización en un campo de huella. A la denominación “Teoría cognitiva del aprendizaje” va ligado el supuesto de que las

estructuras cognitivas, en oposición a las secuencias estímulos respuestas, pueden aprenderse gracias a un proceso de organización y reorganización cognitiva del campo perceptual. Ello que significa que los sujetos pueden agregar u organizar de determinada forma los estímulos para poder darles un sentido de unidad y totalidad, atribuyéndole un rol activo al sujeto en el proceso de aprendizaje y no un rol pasivo en el cual está sometido a las influencias de los estímulos del ambiente.

Este enfoque sobre el aprendizaje se centra en la adquisición del conocimiento y en el conocimiento de las estructuras más que en la conducta en sí misma. Ésta es una diferencia importante entre el enfoque conductual y el que se denomina cognitivo-conductual, porque si es el conocimiento lo que uno aprende, entonces, la conducta debe ser resultado del aprendizaje y no es la conducta en sí misma la aprendida.

Algunos de los principales autores que han desarrollado esta orientación son: a) Jean Piaget (1956), quien plantea que el conocimiento no solamente se adquiere a través de la incorporación del entorno social de manera pasiva, sino que el sujeto es capaz de construir su propio conocimiento. Piaget no sólo planteó una concepción de cómo se produce el aprendizaje en las personas, sino que también generó una teoría del desarrollo del pensamiento y una visión de la inteligencia. b) Jerome Bruner (1966) y el aprendizaje por descubrimiento. Éste plantea que el sujeto posee la capacidad para organizar los datos que ya ha obtenido de una nueva forma, de una manera novedosa, así se pueden realizar nuevos descubrimientos a partir de lo que ya se conocía. Este planteamiento también pone énfasis en que el aprendizaje es un proceso activo por parte del sujeto, el aprendizaje por descubrimiento. c) Robert Gagné (1985), quien establece una serie de procesos y fases que deben estar presentes para que se produzca un aprendizaje. Entre los procesos que considera necesarios está la atención al estímulo, la motivación, la percepción, la memoria de corto y largo plazo, la codificación semántica de la información, la recuperación de la información y la ejecución. Lo importante para él es que las personas pueden intervenir en cada uno de estos procesos para potenciar el proceso de aprendizaje de manera de hacerlo más efectivo.

MEMORIA

Isabel Diez

Catalina Parragué

Es una característica esencial del hombre, que lo que ha percibido, motivado y sentido en el presente, no desaparece sin dejar huellas, sino que permanece en un estrato profundo, conservándose allí como un poder activo, desde donde se infiltra e influye en cada momento vivido como presente.

Gracias a la función de la memoria el hombre logra una mejor adaptación ya que de no ser así, siempre se estaría enfrentando a situaciones nuevas, a través de ensayo y error o de la elaboración de soluciones. Eso implicaría un gran desgaste y poca economía

tanto física como psicológica, ya que siempre tendría que estar reaprendiendo lo que supuestamente ya debería saber.

Por otro lado, sería imposible tener presente y abarcar en cada momento el conjunto de nuestro pasado anímico, de nuestro saber, de todas nuestras experiencias, vivencias afectivas y valores a los que hemos aspirado alguna vez. Es una forma de economía el que nuestro vivenciar esté organizado de tal modo, que lo que hemos sentido, pensado, deseado no sea consciente. Sin embargo, todo este pasado inconsciente, está presente y activo en nuestras ambiciones, percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones.

En general, hacemos uso de la memoria sin darnos cuenta, ya que siempre ha estado con nosotros. Hemos apelado a su poca capacidad o la hemos alabado al intentar memorizar algo que hemos estudiado. Sin embargo, ella existe con un papel silencioso y eficaz, aunque muchas veces, sólo nos damos cuenta de su existencia cuando no funciona todo lo bien que quisiéramos, o se pierde su capacidad.

En la actualidad aparece el tema de la memoria un tanto confuso y nada concluyente, distintas miradas dan distintos resultados. Es así como podemos ver que la memoria se ha estudiado desde distintas perspectivas. En un inicio fue considerada como una variable más dentro de los procesos de aprendizaje, utilizándose para ésta el nombre de *retención*. En la medida que avanzaron las investigaciones, el énfasis fue puesto en otros aspectos, no sólo psicológicos, sino que también neurológicos. De esta manera, la memoria, comenzó a ser un tema de estudio separado, con una amplia gama de investigaciones propias y hallazgos provenientes desde la neurociencia, la experimentación y de estudios clínicos de las patologías. Los conocimientos obtenidos desde la psicología han sido complementados por la neurobiología y la neuropsicología, que estudia cómo son afectados los distintos tipos de memorias con diferentes patologías o trastornos como son las amnesias de distintos tipos, los cuadros como el Alzheimer o la enfermedad de Korsacoff, demencia senil, traumatismos y epilepsias, entre otras.

Para comprender mejor cómo surge el interés y la manera de comprender la memoria como una función con características específicas hay que abordarla desde las primeras investigaciones. Éstas se iniciaron con Hermann Ebbinghaus (1850-1909), en Alemania. Este investigador consideraba que en la mente se establecían relaciones entre ideas de las experiencias sensoriales pasadas y las ideas que las seguían en el tiempo y el espacio. Para estudiar la memoria había que descubrir las características de estas asociaciones a través de sílabas sin sentido, ya que ésta era la forma más pura de estudiar la memoria asociativa. El método consistía en decir un listado de sílabas sin sentido y luego medir la capacidad de retención, así como también la cantidad de repeticiones que tenían que realizarse para que los sujetos las pudiesen recordar posteriormente. Si bien sus experiencias ahora están completamente sobrepasadas, él llamó la atención y comenzó con los análisis de la memoria en laboratorio y el control de variables. Fue criticado por la simplificación que hizo de este proceso, en sus estudios. Sin embargo, sus defensores refutaron estas posturas diciendo que era extremadamente difícil estudiar la

memoria en condiciones incontroladas del mundo real, ya que en todo recuerdo o proceso de retención de información están participando un conjunto de otras variables.

Desde la psicología experimental, se han realizado numerosos experimentos con sujetos normales para tratar de identificar cómo recuerdan, generando las diferentes teorías sobre las estructuras y las funciones. Casi todos estos experimentos están centrados en aprendizajes verbales o mediados por ellos, pocos son los experimentos de memoria que consideran los distintos órganos perceptivos como la visión, audición, el tacto o el olfato.

¿Qué es la memoria?

Las distintas definiciones de la memoria han abarcado diversos aspectos de ella, tratando de comprenderla de la manera más compleja y global posible, es en este intento que algunos autores —entre ellos Wingfield— la definen como: *La capacidad que los seres humanos tienen para retener todo tipo de información, reproducirla si la necesita y reconocer las cosas familiares cuando posteriormente las ven o las escuchan.*

Otros conciben la memoria como un proceso cognitivo complejo, que nos permite retener, relacionar y procesar hechos, acontecimientos y sucesos de nuestra vida. (Esta definición parece sólo definir a la memoria declarativa o explícita).

Lo importante de las diversas teorías, es que la memoria humana es un sistema complejo de almacenamiento y recuperación de la información. Toda información proviene del medio, ingresa a nosotros a través de nuestros sentidos para posteriormente ser almacenada. La memoria por lo tanto es un registro de percepciones. No es un sistema unitario, sino que es un sistema complejo que abarca desde el almacenamiento de información, proveniente de los distintos órganos sensoriales, por segundos, minutos días o años.

Si observamos cómo funciona la memoria en cada persona podemos ver que existen grandes diferencias individuales. Tampoco es fiel, ya que se alimenta de la percepción que puede ser defectuosa y la cual también altera las impresiones de la memoria. Por lo general, las personas retienen sólo algunos detalles y luego añaden detalles adecuados a la situación, actualizan, acortan, simplifican y unen lógicamente los cabos sueltos. También se puede modificar con experiencias posteriores vividas, o que se han ido integrando o procesando como propias. Por ejemplo, cuando los diversos miembros de una familia relatan un paseo, después de haber transcurrido un tiempo, lo vivido por cada uno suma e integra los elementos de una forma distinta a lo verdaderamente vivido por cada persona en particular. Éstas son algunas de las variables que influyen en el recuerdo, como veremos más adelante.

La memoria tiene dos caras, la primera es que posibilita la continuidad de la conciencia, el reconocernos como nosotros mismos; y el aprendizaje, la segunda, nos mantiene en el pasado impidiendo estar completamente abiertos a nuevas experiencias y perdiendo por tanto la espontaneidad y la creatividad. Esto muchas veces puede

impedimos ver las cosas tal cual son, nunca estamos totalmente en el presente debido a la memoria, siempre estamos anticipando o imaginando el futuro o recordando el pasado.

La memoria responde a las preguntas:

- ¿Quién soy yo?
- ¿Qué sé yo?
- ¿Cómo aprendo yo o cómo yo ingreso los datos?

La memoria me permite responder a la pregunta *¿quién soy?* Es decir, es una *memoria autobiográfica*, un registro de experiencia de toda la vida que se une en un hilo conductor, que permite mirarse a uno mismo como persona.

¿Qué sé yo? *Memoria semántica*, que corresponde al cómo registramos y guardamos información. Tener una palabra en la punta de la lengua, y olvidar el nombre de alguien que nos conoce, es desesperante. El poder tener una memoria eficiente, rápida, eficaz y flexible es muy importante.

La memoria, podría alguien pensar, es como un gran computador, lleno de datos, sin embargo, ni el mejor computador se puede parecer a nuestra memoria, ya que tiene la capacidad de olvidar: olvida lo que no le agrada, olvida lo no importante, olvida lo que no le sirve, lo trivial y todo eso de manera casi automática.

Aspectos generales sobre leyes, principios, teorías y modelos

Todos los estudios de la memoria dan cuenta de distintos modos de análisis. Algunos han estudiado la memoria desde las personas que de alguna manera han sido dañadas, otros desde cómo aprendemos, otros sobre bases de diseñar experimentos desde los más simples a los más complejos. Por lo tanto, existe un cúmulo de información que por provenir desde distintas fuentes parecen ser contradictorias, sin embargo, resultan más bien complementarias e integradoras.

Manifestaciones de la memoria

La primera aproximación al tema de la memoria es estudiándola desde sus manifestaciones. La memoria pueden darse de dos formas: memoria representativa y memoria experiencial.

Memoria experiencial. Se refiere a las experiencias pasadas que hemos guardado y cuyo almacenaje se manifiesta y expresa en el comportamiento. Ésta opera sin que exista conciencia de que estamos recordando. No podemos pensar que la memoria sólo consiste en representaciones de experiencias pasadas, existe otra forma en la cual lo vivenciado está implícitamente presente en el aquí y ahora, sobre todo cuando tempranas

vivencias del pasado influyen activamente en el vivenciar actual, en los afanes, en las percepciones, en los sentimientos y en la conducta aún sin ser llevadas a la conciencia en forma de recuerdos.

Memoria representativa. En esta forma de memoria los recuerdos y las experiencias que hemos almacenado se manifiestan por medio de la conciencia y no de las conductas. A ésta pertenece lo que llamamos comúnmente *recuerdo*. Todo recuerdo necesariamente implica conciencia de estar recordando, ya que si no pudiéramos discernir lo que percibimos de lo que recordamos, tenderíamos a transfigurar la realidad.

Procesos de la memoria

Otro enfoque de estudio respecto de la memoria es considerando los procesos involucrados en el almacenamiento y retención de cualquier tipo de información.

Para esto son necesarios cuatro pasos básicos:

- La *percepción* es el primer paso en este proceso. Esto puede suceder en forma involuntaria, donde la persona es impactada por algún estímulo como ver y oír algo. También puede suceder de manera voluntaria al prestar atención a una conversación o al estudiar.
- El segundo paso es el de *codificar* lo que se quiere almacenar y recordar. La codificación es un proceso de clasificación de la información, organizándola de una manera significativa. Sólo la información codificada puede ser recordada. Se refiere a todo el proceso de preparación de la información para el almacenaje, así transformamos lo que hemos percibido en imágenes, sonidos, ideas significativas.
- Tercero, *almacenar* el material para que pueda permanecer en la memoria.
- Y el último paso es la *recuperación*, que consiste en traer la información almacenada en el momento que se utiliza. La perfección con la que hayamos la información para su memorización y almacenamiento determinará la eficiencia con la que podremos recuperar. La recuperación se puede analogar con una biblioteca. También con una persona que va por un camino desconocido, mirando todas las claves para poder volver, codificando conscientemente toda la información topológica.

Estructura de la memoria

Una de las propuestas más conocidas respecto de la clasificación de la memoria es la propuesta por Atkinson y Shiffrin (1998). De acuerdo a su modelo de *transferencia de la memoria*, contamos con tres tipos de memoria: memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

Estos autores plantean que los recuerdos se pueden clasificar en función del tiempo: algunos recuerdos permanecen poco en el tiempo, en cambio otros son más

duraderos. Por ejemplo, cuando uno necesita marcar un número de teléfono que después de marcado se olvida. A esto es lo que llamamos *memoria a corto plazo*. Un adulto puede recordar cosas aprendidas en su niñez sin haberlas practicado y utilizado durante muchos años, a esto llaman *memoria de largo plazo*. Además podemos señalar que existe una memoria aún más corta llamada memoria inmediata, que es la continuación de una imagen visual por menos de un segundo después de que el estímulo ha desaparecido.

Memoria sensorial. Consiste en la capacidad para retener las distintas percepciones y sensaciones que captamos del mundo por fracciones de segundo, luego de esto éstas son desechadas o pasan a la memoria a corto plazo. Durante una fracción de segundos el cerebro absorbe todos los aspectos de la habitación en la que se encuentra, con sus colores, formas, y adornos, etcétera.

Entre los tipos de memoria que hemos analizado existe una que procede de los órganos de la visión, ésta es conocida como *memoria icónica*. Aparentemente las imágenes icónicas desaparecen más rápidamente que las que provienen de nuestros oídos, conocida ésta como *memoria ecoica*. Las imágenes ecoicas duran un poco más. Por ejemplo, una persona al escuchar una melodía, se acuerda de su infancia, de la casa de su abuela y cómo disfrutaba en ésta. Los estímulos visuales y auditivos son los más importantes en el hombre y con mayores índices de procesamiento.

El almacenamiento de información sensorial proporciona un microcosmos de la memoria en su totalidad. Almacena información por algunos segundos, y también se extiende para hacer un procesamiento ulterior adecuado. Un cierto procesamiento de la información ocurre en las memorias de corto plazo que mantiene la información por segundos y luego la memoria de largo plazo que aunque por lo general guarda información con significado, pueden almacenar también características sensoriales más específicas, como rostros, colores, melodías, voces, etc.; probablemente ésta se guarda como parte de la memoria multidimensional.

Siguiendo en este modelo, muchas investigaciones han focalizado su estudio en la cantidad de información que somos capaces de percibir, la velocidad con que captamos la información, luminosidad y su interferencia con la memoria, etc. Los estímulos visuales y auditivos son los más importantes en el hombre y con mayores índices de procesamiento. Se recordaban más letras cuando éstas eran anteceditas y precedidas de oscuridad. Como vemos según presentemos los estímulos por un ojo o por el otro separadamente.

Memoria visual. El sistema opera garantizando una cierta persistencia desde el comienzo del estímulo, que tiene como función asegurar que el sistema perceptivo disponga de una cantidad mínima de tiempo para procesar el estímulo entrante. Ésta se puede dividir en tres tipos de memoria visual. A saber:

1. Memoria icónica: Persistencia de la visión (seguir en la oscuridad la huella de un cigarro, deja estela, permite dar sensación de movimiento aparente).

2. Memoria visual de corto plazo: Almacenamiento más duradero.
3. Memoria visual de largo plazo: Se extiende en el tiempo más allá de unos milisegundos; las personas pueden distinguir factiblemente una forma de similares, después de cuatro semanas.
4. Memoria de destello: Es la memoria asociada a un hecho relevante; el recuerdo será más fiel entre más impactante haya sido el hecho. Testimonios de personas que han presenciado un accidente, sería un ejemplo.

Memoria auditiva. Existe evidencia de distintos tipos de almacenamiento, lo que daría lugar al igual que en la memoria visual a distintos tipos de memoria auditiva:

1. Memoria ecoica: Presencia del estímulo en el tiempo necesario para ser analizado o percatarse de ello. O separación de sonidos constituyendo ritmos, etc.
2. Memoria auditiva a corto plazo: Es una memoria que dura unos pocos segundos y recuerda una cantidad de siete o nueve códigos. Si un telefonista empieza a decir recuerde y no dice que tenga buenas tardes, el número se recordará mejor.
3. Memoria auditiva a largo plazo: Reconocer los sonidos después de un largo período; por ejemplo, sonidos diferentes de distintos tipos de autos (diferenciamos claramente un camión de un auto, de una micro, o de distintos tipos de autos), también la memoria sirve para reconocer los distintos tipos de voces: de un amigo, del profesor, del pololo, etcétera.

Memoria a corto plazo. Galton (1883) realiza la siguiente descripción de la memoria a corto plazo: "Parece haber una sala de reuniones donde la conciencia plena recibe en audiencia, y donde dos o tres ideas están presentes al mismo tiempo, y una antecámara llena de ideas más o menos relacionadas está situada justo más allá del conocimiento pleno de la conciencia. De esta antecámara las ideas con una relación más próxima a la sala de reuniones parecen convocarse con una mecánica lógica, y tener su turno en la audiencia. Pocas ideas o pensamientos pueden estar presentes al mismo tiempo, pero siempre están a disposición los otros antecedentes que incluso pueden ocupar nuestro espacio de conciencia por ser totalmente habituales. Restringidos pero no se siente, porque si bien no lo usamos todo de una vez, lo tenemos de alguna forma disponible".

La memoria a corto plazo es nuestra memoria de trabajo, nuestra memoria activa que contiene la información que estamos utilizando en el momento. La memoria a corto plazo decae rápidamente.

La capacidad de la memoria a corto plazo es reducida. Distintos estudios han determinado que siete es el número de elementos que se pueden retener en la memoria a corto plazo y cada elemento es una unidad de significado, como una letra, un dígito, una palabra o frase. Esto no significa que algunas personas no puedan recordar más elementos. Además podemos expandir la capacidad de la memoria a corto plazo, por ejemplo, a través del fraccionamiento de los elementos en unidades significativas, que es lo que

hacemos cuando dividimos los números de teléfono en grupos de dos o tres dígitos. El repaso ayuda a retener el material en la memoria a corto plazo: mientras más repita el material, más se recordará; pero si se lleva su repetición a algo más lejano, hacia la repetición elaborada (memoria a largo plazo), probablemente olvidará los elementos una vez utilizados.

La memoria a corto plazo es como la amplitud de la atención: si se está distraído se olvidará todo lo que se encuentre en la memoria a corto plazo. Esto puede ser en ocasiones muy económico para la mente, ya que si recordáramos cada situación trivial, esta interferiría en nuestra capacidad para dedicarnos a otras cosas y para comprender el nuevo material que necesitamos.

Muchos psicólogos han estudiado nemotécnicas para ampliar nuestra capacidad de memoria. Tendemos a recordar mejor un número que se nos ha transmitido verbalmente que los que vemos por ejemplo en la guía de teléfonos. Aumenta también la retención cuando los agrupo, les doy ritmo, tienen una utilidad práctica, me interesan, los asocio con algo de interés. Como por ejemplo, recordar claves como alarma, carnet, tarjeta de crédito, etc., con frases que tengan igual número de letras.

Memoria a largo plazo. La memoria a largo plazo se diferencia de la anterior en que parece contar con una capacidad ilimitada para almacenar la información y la recuperación de estos recuerdos dependerá de la eficiencia con que haya sido almacenado el material.

Es la memoria por medio de la asociación: para lograr que quede almacenada la información que posteriormente utilizaremos, tenemos que codificarla de alguna manera. Es así como nuestro cerebro graba algunas partes, borra otras, etc., para poder almacenarlas.

– Codificación por medio de la asociación. Para que una información que está en la memoria a corto plazo sea almacenada en la de largo plazo y sea posible utilizarla con posterioridad, es necesario realizar algún tipo de codificación. Una manera de hacerlo es creando asociaciones entre lo que se requiere recordar ahora y lo que se sabe de antes, hacer que el nuevo material sea de alguna manera significativo, relacionando lo nuevo con lo antiguo.

– Codificación por medio de la organización. Cuando uno organiza el material, más fácil será después recordarlo, como por ejemplo, cuando al estudiar hacemos esquemas o gráficos categorizando los distintos contenidos. Mucha gente utiliza métodos como éstos, organizando la información a través de la técnica de agrupamiento, es decir, reuniendo los elementos en categorías, volviendo a organizar en la mente el orden en que fueron presentados.

Es importante tener presente que esta manera de dividir y diferenciar la memoria en sensorial (MS), de corto plazo (MCP) y de largo plazo (MLP) se realiza con fines de análisis y comprensión. Existen algunos autores que no están de acuerdo, planteando que la capacidad para recordar depende de la profundidad con que procesamos la

información y que mientras más profundo sea el procesamiento, mejor lo recordaremos.

Según este modelo, las fallas en el almacenamiento pueden deberse a dos tipos de interferencias, la interferencia *proactiva* y la interferencia *retroactiva*.

a) Interferencia proactiva: Se produce cuando el nuevo aprendizaje resulta perjudicado por viejos hábitos. Conozco los ríos del país y me trato de aprender los de algún país de Sudamérica y los ya aprendidos me llevan a confundirlos con los nuevos estudiados.

b) Interferencia retroactiva: Se produce cuando el nuevo aprendizaje perjudica los viejos hábitos, ejemplo teléfonos nuevos, hacen que olvidemos o los confundamos con los teléfonos viejos.

La interferencia depende de la similitud, por lo tanto, se podría deshacer esta interferencia cambiando la naturaleza de los ítemes, por ejemplo, recordar números y luego recordar letras, el rendimiento en ambas direcciones no decae. Esto se denomina supresión de la interferencia proactiva. Esto implica que se debe haber procesado una dimensión particular del estímulo que se ha cambiado.

Pero lo que produce mayor supresión de la interferencia, especialmente la proactiva, es el cambio semántico. Se ha investigado este tema relacionándolo con las noticias en la televisión. Berry y Eliford descubrieron que las noticias de las diferentes áreas temáticas deberían ir todas separadas para su mejor retención. Por ejemplo, noticias deportivas, políticas, de actualidad, internacionales, policiales, etc.

Otra variable que se agregó fue el intervalo de tiempo entre información e información. Después de dos minutos el olvido comenzaba a comportarse como olvido espontáneo y no como interferencia proactiva. Se utilizaron distintas alternativas de intervalo: 15 seg, 20 seg, 50 seg. En ningún caso había diferencia entre ellos, pero al comparar lo que ocurría entre los 15 con los de 50 seg, sí había diferencias. Esto se explica por la discriminación de la huella, se requiere igual información pero de un periodo mayor para fijar la huella.

Supuestos implicados:

1. Decaimiento espontáneo
2. Recuperación implica alguna forma de discriminación
3. Efecto techo (todos recuerdan todo)
4. Efecto suelo (nadie recuerda nada)

Se puede suprimir la interferencia proactiva, cuando se dan claves para establecer las diferencias entre ítemes 1 y 2.

El modelo discriminativo sería concordante con los hallazgos de la neurociencia. En éste se afirma que tanto en la MCP y MLP subyace un sistema de memoria independiente. No es un solo sistema unitario. Podrían existir aprendizajes de largo plazo en MCP. Ésta, según la neurociencia tendría dos tareas:

1. Nivel global de retención
2. Aprendizaje de largo plazo en la memoria de corto plazo. Se basa en aprendizajes previos que ayudan a la retención.

Decaimiento versus interferencia. La idea de que los recuerdos se van perdiendo con el paso del tiempo es una idea muy antigua y casi de sentido común y de hecho se ha mantenido vigente. Pero en realidad no es el paso del tiempo, sino lo que él produce. Si pudiéramos detener el paso del tiempo no olvidaríamos nada. La psicología y la neuropsicología, se han preocupado por descubrir y determinar la naturaleza de los eventos que tienen lugar en el intervalo de retención que hace que se produzca el olvido.

Problemas derivados de las evidencias neurológicas:

1. Se ha visto pacientes con capacidad de aprendizaje a largo plazo normal, sin embargo, con una amplitud de memoria auditiva muy deteriorada. Según este modelo se produciría un cuello de botella crucial para el aprendizaje, razonamiento y rendimiento intelectual. Sin embargo, estas personas no demostraron un deterioro general: tenían vida normal e independiente. Por lo tanto, a pesar de no tener buena memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo no se vería interferida.

2. Ítemes transferidos a la memoria a largo plazo dependen del tiempo que estén en la memoria de corto plazo y esto no es así. Palabras repetidas de un listado posterior no ayudan a aprender un listado nuevo. La simple repetición no ayuda, sí lo hace la codificación semántica o fonológica. Mientras más se procese un ítem, más será recordado.

Para Atkinson y Shiffrin, todo lo que aprendemos pasa a través de la memoria a corto plazo antes de que pueda acceder a la memoria a largo plazo. Una vez allí podrá ser activada para ser utilizada y trabajar con ella. Por otro lado, toda información que queramos utilizar y recuperar de la memoria a largo plazo pasará por la memoria a corto plazo para ser utilizada. Sin embargo, no toda la información de la MCP pasa a la MLP, gran parte de ésta se desecha. Como podemos ver, es de gran importancia transferir la información de la MCP a la de LP ya que de lo contrario tendríamos que estar aprendiendo una y otra vez lo mismo a causa de la limitada capacidad de la MCP.

¿Por qué recordamos mejor unas cosas que otras?

Acabamos de ver que recordamos mejor la información significativa y bien organizada, sin embargo, existen determinadas condiciones de las cuales depende el que la memoria puede asimilar algo y reproducirlo después en forma de representación. Algunas de las variables que intervienen en este proceso se resumen en la Tabla 2-2 y son:

TABLA 2-2. COMPARACIÓN DE LA MEMORIA SENSORIAL, MEMORIA A CORTO PLAZO Y MEMORIA A LARGO PLAZO

<i>Categoría</i>	<i>Memoria sensorial</i>	<i>Memoria a corto plazo</i>	<i>Memoria a largo plazo</i>
Tipo de material almacenado	Patrones sensoriales no almacenados en términos de significados	Material interpretado de manera significativa	Material interpretado en forma significativa
Duración	Por lo general una fracción de segundos	Cerca de 15 segundos; si se practica, minutos	Minutos, horas, días, semanas, meses y años
Capacidad	Grande (todos los órganos de los sentidos)	Máximo: cerca de siete trozos	Ilimitada
Atención requerida	Ninguna	Al menos una pequeña cantidad	Por lo común una cantidad moderada
Formato de codificación	Material en forma paralela	Material en forma seriada o paralela	Material en forma seriada o paralela
Recuperación de datos	Los datos se recuperan al prestar atención; el material se transfiere de manera automática a la MCP	La información se recupera de modo fácil y rápida durante cerca de 15 segundos	Los datos se recuperan con diferentes grados de dificultad; a menudo se usa una estrategia de solución de problemas
Causas probables del olvido	Deterioro, enmascaramiento	Deterioro, interferencia	Fallas en la codificación (inadecuada o imprecisa), almacenamiento (deterioro, interferencia) o recuperación (interferencia, olvido relacionados con claves y olvido motivado)

Atención. Muchas veces leemos un texto y al final nos damos cuenta de que no tenemos idea de lo que hemos leído, es así como la preparación y adaptación de nuestros órganos perceptivos y funciones de conciencia y de orientación al mundo hacia aquello a lo cual hemos dirigido nuestra percepción, nos permitirá recordar mucho mejor el contenido que si lo ojeamos por encima solamente. Recordamos mejor lo que tenemos necesidad de recordar, en esto influye no sólo la atención, sino también la motivación.

Valencia emocional. Recordamos mejor lo que se relaciona con sucesos emocionalmente significativos como por ejemplo, la muerte de un ser querido se adhiere más al recuerdo que la pérdida de un objeto cualquiera. Entre las vivencias de igual profundidad afectiva, las que estimulan un afecto positivo son mejor conservadas y más fácilmente evocadas que las que provocan un afecto negativo.

La totalidad con significado. Cuando contenidos aislados y separados son posibles de unir en una totalidad con significado será mejor la retención. Eso es lo que hacemos al usar nemotecnia, que es crear relaciones entre los detalles para darles un significado. Clasificar en categorías también ayuda a recuperar con mayor facilidad la información perdida.

Conocimiento previo. La persistencia con que algo es conservado por la conciencia y se halla en ella como contenido evocable, depende de hasta qué punto puede relacionarse con lo ya conocido. En ocasiones recordamos mejor no sólo lo relacionado con lo conocido, sino también aquellas situaciones que nos parecen raras o poco frecuentes, como por ejemplo, si presenciamos un accidente, el recuerdo de éste estará más presente que el de otras cosas cotidianas que hayan sucedido durante el día.

La extensión de lo percibido. Lo que ha de ser recordado debe estar dosificado y no sobrepasar de cierta medida. Existe un óptimo de lo que puede ser exigido a la retención. Por eso es mejor ir estudiando poco a poco las materias y no llegar al examen final sin haber estudiado nunca, ya que no será fácil aprender todo de una vez, porque la capacidad de memorizar es limitada. En este sentido recordamos mejor lo primero y lo último que hemos aprendido.

Recordamos mejor lo que aprendimos en un estado similar. Por ejemplo, cuando estamos tristes es más fácil recordar pensamientos que surgieron durante otros momentos tristes, además cuando estamos tristes tendemos a recordar otros momentos tristes más que recuerdos felices.

Efecto de primacía y efecto de recencia. Son el efecto producido por la aparición en el tiempo, se recuerda mejor lo primero, luego lo último y tendemos a olvidar la información que queda entre ambas exposiciones.

Activación. Las personas retienen material complejo más eficientemente cuando su SNC tiene una activación moderada. Alta activación en general perjudica la retención de materiales complejos, pero facilita a los sencillos.

Repetición y exposición. Cuanto más contacto se tiene con un material o elemento, mejor se recuerda, debido a que recuerdos episódicos, pasan a ser recuerdos semán-

ticos. Sobreaprendizaje, mientras más ejercitación con el material, menos tiempo se requiere para reaprender un texto aprendido, en esto influyen las asociaciones, las diferentes estrategias de codificación utilizada, etcétera.

Olvido

Muchas veces olvidamos algo justo cuando necesitábamos recordarlo, un recado que entregar o la respuesta en una prueba. El olvido puede ser muy molesto en ocasiones, sin embargo, si no fuera por él no podríamos funcionar. Si en cada momento del día tuviésemos consciente todo o parte de todo lo que sabemos y hemos vivido, nuestra conciencia no tendría espacio para pensar. Por lo tanto, no sólo la capacidad para recordar tiene una función adaptativa, sino que también el olvido.

Si la memoria es tan importante para nuestro funcionamiento es lícito preguntarse por qué sucede que, en ocasiones, olvidamos aquello que queremos recordar o recordamos sin ningún motivo sucesos antiguos que preferiríamos haber olvidado o que creíamos olvidados. ¿Por qué algunas personas leyendo una sola vez pueden recordar toda la materia, en cambio otras necesitan de muchas repeticiones para esto? Para comprender éstas y muchas otras preguntas, a continuación veremos cómo funciona la memoria, cómo guardamos toda la información que vamos captando en el ambiente y cómo puede influir en las distintas áreas de funcionamiento.

Distintos investigadores han determinado que el olvido que, por ejemplo, se produce desde que estudiamos hasta que damos una prueba, no se debe solamente al lapsus de tiempo transcurrido sino también a qué hacemos durante ese período; esto es, la interferencia es la mayor causa del olvido.

Los motivos por los cuales olvidamos se deben a diferentes razones que pueden darse en las distintas etapas del proceso de la memoria. A saber:

Fallas de codificación. Un recuerdo puede decaer porque la percepción del hecho fue demasiado débil para producir la impresión suficiente. Esto puede ocurrir por condiciones externas como ruido, luz o alguna otra circunstancia que interfiera la observación. La percepción también puede ser debida a algún defecto del observador. Podría estar distraído, bajo estrés o no prestaba atención porque no creía que un elemento determinado fuese especialmente significativo. Por ejemplo, al leer distraído o estudiar cansado.

Fallas en el almacenamiento. Una de las razones por las cuales olvidamos es que otra información aprendida antes o después, interfiere en nuestros recuerdos.

Como mencionamos anteriormente, existen dos tipos de interferencia, las que actúan a nivel del almacenamiento de la información y las que dificultan su posterior utilización.

Interferencia proactiva. Es cuando la información que se aprendió con anterioridad interfiere con la habilidad para recordar la información nueva. Esto se da en la vida diaria, por ejemplo, cuando uno conoce a una persona por su sobrenombre y luego de un tiempo sabe el nombre, lo más probable es que siga pensando en esa persona con el sobrenombre que aprendió primero y no con el nombre que aprendió después.

Interferencia retroactiva. La información que aprendimos después produce una barrera de memoria que interfiere el recuerdo del material aprendido previamente. La información nueva es admitida borrando la antigua. Por ejemplo, al ser testigos de un accidente cuando recibimos información respecto a éste, ya no podemos recordar los hechos como creíamos haberlos percibido.

Fallas en la recuperación. Las fallas de la recuperación se deben a que olvidamos las claves de acceso a la memoria. Puede ser que las características de la situación no sean las mismas o que las claves de las que dependemos para la recuperación, ya no están y por lo tanto el recuerdo es inaccesible. Por ejemplo, cuando vemos a una persona y estamos seguros de haberla visto en otro lugar, pero no podemos acordarnos dónde.

Se puede comparar la memoria de largo plazo con una gran tienda, la cual tiene miles y miles de productos para guardar y organizar; mientras más ordenados estén los materiales, más fácil será recuperarlos. Si ordeno las cosas sólo por colores, para buscar un clavo negro, tendría que nadar sobre pantalones, ollas, chalecos, sillas, etc., pero si ordeno por áreas, ropa, cosas de casa, ferretería y ésta por cosas eléctricas, de construcción, herramientas, etc., posiblemente llegar al clavo sea sólo cosa de segundos. Es por esto que entender el significado de lo aprendido, relacionarlo con materias ya ingresadas, repasar, etc., hace que las materias sean fácilmente recuperables.

También existe un olvido motivado, que es la supresión consciente o inconsciente de la información perturbadora, el paciente no recuerda materiales angustiantes. Ejemplo: la represión expulsa de forma automática el material amenazador de nuestra conciencia. Recordamos con mayor facilidad los sucesos placenteros, que lo que nos fueron desagradables. Los recuerdos perturbadores que parecen irrecuperables, en ocasiones pueden recordarse por medio de métodos de asociación libre o hipnosis.

El olvido es gradual, poco a poco se va perdiendo parte de la información. Pero aún así la cantidad de cosas que retenemos es inmensa; lenguaje, fechas, hechos, materiales de estudios, teléfonos, etc. Se cree que la memoria se organiza por contenidos, a medida que ampliamos las redes al ingresar nuevos datos se fortifican los ya aprendidos. Los nuevos datos se vinculan con ideas, información, sentimientos y recuerdos establecidos.

De 5 a 6 años después de haber acontecido un hecho importante se recuerda con bastante precisión, sin embargo, entre 25 a 50 años éste ha decaído, pero aún se recuerda gran cantidad de información.

Con la finalidad de lograr una mejor retención y evitar el olvido se han desarrollado distintas técnicas nemotécnicas:

- Rimas.
- Relacionar palabras con imágenes.
- Recodificación del material.
- Uso de ayudas externas, ej: cambiarse el reloj de mano.
- Descubrimiento. Cuando en una materia se ha descubierto la clave para solucionar un problema, difícilmente se olvidará del camino seguido para realizarlo. Ejemplo puzzle de ingenio, si la solución la encuentra el sujeto, él lo volverá a hacer cada vez que se lo presentan, en cambio, quien sólo vio como otro lo hacía, difícilmente lo recordará para hacerlo él después.
- Recordar la primera letra.
- Autoinstrucción.
- Agrupación por ideas afines.
- Buscar en la memoria información similar.
- Crear una palabra con las letras de inicio.
- Construir una historia con el material que se quiere retener.
- Categorizar según contenido.
- Visualizar imágenes que se deseen recordar.
- Observación ardua.
- Escribir lo que se quiere retener.
- Decir en voz alta lo que se quiere recordar.

Teorías desde la neuropsicología

Como se vio anteriormente, desde la psicología existen diversas aproximaciones según los aspectos en que se centre el interés. A continuación, se revisa una aproximación diferente, la cual proviene de la neurología.

La neuropsicología plantea una manera distinta de conocer y comprender el funcionamiento de la memoria. Establece que la memoria no puede localizarse en una estructura cerebral única, sino que existen dos o más sistemas de memorias separados, uno guarda la información explícita que es la memoria *declarativa* y otro, la implícita que es la memoria *no declarativa*. La información de la memoria explícita puede ser recuperada conscientemente, la cual puede ser traída a la mente como una proposición o como una imagen. Esta habilidad se pierde en la amnesia.

El conocimiento implícito hace referencia a aquél al que no se puede acceder mediante la introspección, no es sencillo referirse a él verbalmente. Como aprender a andar en bicicleta, manejar o dar instrucciones para abrir una puerta. Es la forma en que el niño aprende y memoriza las complejas reglas gramaticales que se utilizan para hablar, las conoce y utiliza sin saberlas explícitamente, esto significa no poder dar cuenta de

ellas, parece que el niño aprende la gramática de un modo inconsciente sin esfuerzo aparente. Son por lo tanto difíciles de describir verbalmente. Se aprenden reglas o bloques de información y, se van transfiriendo. De ejemplos particulares se sacan o abstraen generalidades. Se pregunta si realmente es un aprendizaje inconsciente. El aprendizaje mejora cuando se manejan las estrategias adoptadas conscientemente.

La memoria no declarativa (implícita) está compuesta por una heterogénea colección de habilidades de aprendizaje y memoria, que afloran de la capacidad de adquirir información implícita. Esta información se utiliza cuando el conocimiento no es necesario para un determinado procedimiento. Los pacientes amnésicos pueden adquirir estas habilidades igual que una persona normal y la retienen al mismo nivel que una persona normal. Está claro que las habilidades de la memoria declarativa dependen de las estructuras que están dañadas en la amnesia, y las habilidades de la memoria no declarativa, no dependen de esas estructuras.

La memoria se localiza a menudo en diferentes lugares en todo el sistema nervioso, una de éstas puede ser a través de vías visuales. No todas las regiones del encéfalo participan por igual en el proceso de almacenamiento y recuperación de la información. El hipocampo y el cerebelo desempeñan un papel esencial en la memoria explícita e implícita, respectivamente.

Una comparación entre la memoria explícita e implícita y sus localización se presenta en la Tabla 2-3.

TABLA 2-3. DIVISIONES DE LA MEMORIA A LARGO PLAZO

	<i>Tipo de material</i>	<i>Base neuronal</i>
EXPLÍCITA		
Episódica	Hechos y episodios vividos relacionados en tiempo y espacio	Sistema límbico
Semántica	Definiciones conceptuales, uso de palabra y hechos, no relacionados con el tiempo ni el espacio	Neocórtex temporal
IMPLÍCITA		
De procedimiento	Habilidades motoras, como vestirse, manejar un auto, andar en bicicleta. Facilitación del aprendizaje a partir de aprendizajes anteriores (<i>priming</i>). Condicionamiento clásico	Ganglios basales Desconocido ¿Cerebelo?

Memoria explícita

La memoria explícita codifica información sobre acontecimientos autobiográficos, así como el conocimiento de los hechos. Su información depende de los procesos cognitivos, tales como: la evaluación, la comparación e inferencia. La memoria explícita puede recordarse por un acto deliberado de evocación. A veces se establece con un solo ensayo y a menudo puede expresarse concisamente en enunciados declarativos, tales como: “este fin de semana me fui a la playa con unos amigos” o “el aprendizaje es un proceso cognitivo”. La memoria explícita se divide en dos sistemas: uno encargado de guardar las experiencias personales o sucesos claves y de gran relevancia en la historia vital, llamada memoria *episódica* y la otra, encargada de los recuerdos de la materias aprendidas, hechos, conceptos, significado de las palabras, etc., llamada memoria *semántica*, ésta tiene un uso más amplio y se aplica a todo el conocimiento adquirido. Ambas forman parte de la memoria a largo plazo. Los trastornos de la memoria se usan para referirse a diferentes problemas, pero sobre todo a dificultades para recordar experiencias personales y/o retener información nueva, en cambio, en la demencia también se observa una pérdida de la memoria semántica.

Los estudios de sujetos amnésicos sugieren que el conocimiento autobiográfico y el conocimiento de hechos pueden implicar diferentes mecanismos cerebrales en el lóbulo temporal. Después de un traumatismo en el lóbulo temporal el paciente pierde la capacidad para recordar cualquier acontecimiento vivido hace unos minutos. Su capacidad para recordar un vasto campo de información, sin embargo, queda intacta.

Para afectar el aprendizaje explícito se requiere de una lesión bastante amplia. Es así como una lesión en el lóbulo temporal medial afecta al almacenamiento a largo plazo, sin embargo, recuerdan los acontecimientos más tempranos. Existen depósitos temporales de la memoria a largo plazo transfiriendo información hacia otras áreas.

Memoria implícita

La memoria implícita no requiere un recuerdo deliberado e implica varias vías perceptivas y reflejas. Es de carácter automático o reflejo y su evocación no depende por completo de la conciencia o de los procesos cognitivos. Se acumula lentamente mediante la repetición, se expresa por aumento de rendimiento y normalmente no puede expresarse en palabras. Implica habilidades perceptivas y motoras, se asocia estrechamente con la actividad de determinados sistemas sensoriales.

La memoria implícita involucra a la amígdala y al cerebelo.

A modo de resumen, la Figura 2-1 muestra las localizaciones anatómicas de los distintos tipos de memoria, y la Figura 2-2 una taxonomía tentativa de la memoria.

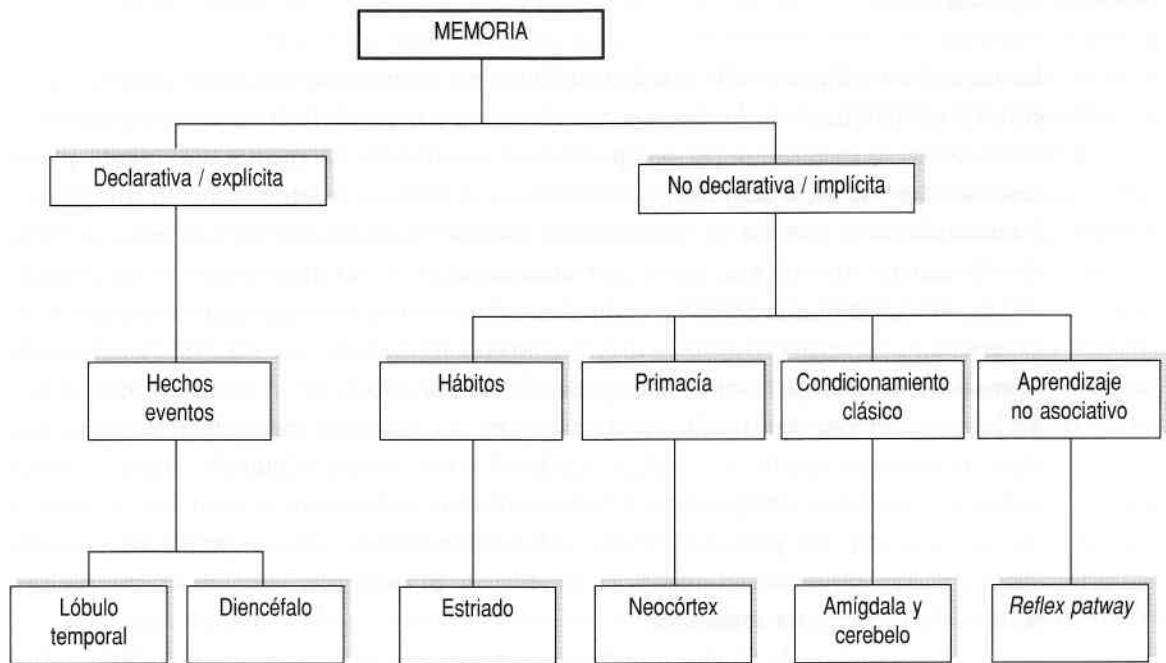


Figura 2-1. Localizaciones anatómicas de la memoria. Tomado de Gasic, 1995.

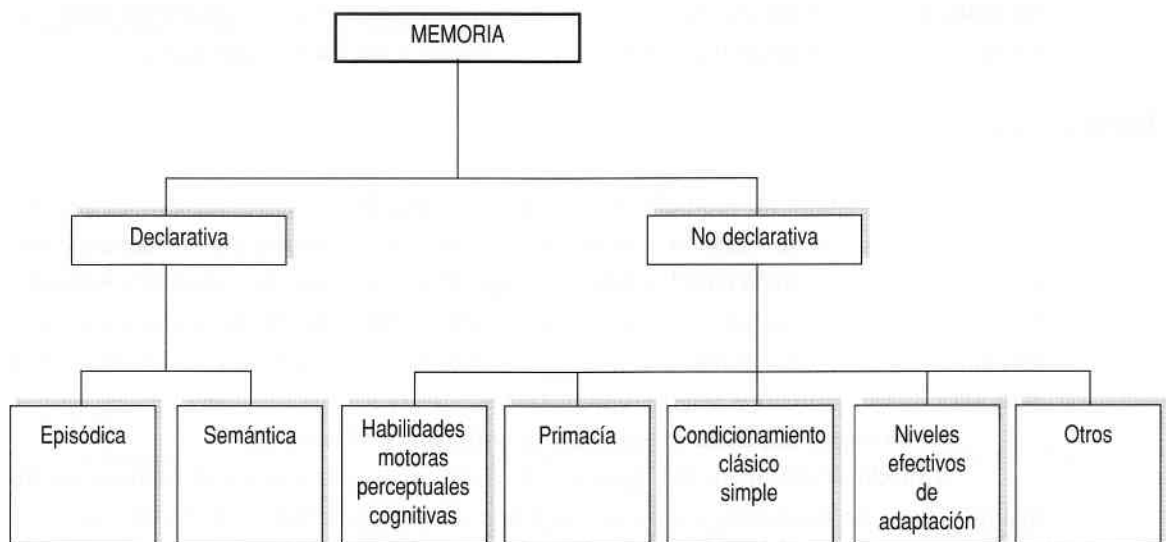


Figura 2-2. Taxonomía tentativa de la memoria. Tomado de Squire LR & Zola-Morgan S, 1998.

Psicopatología de la memoria

Kristina Weil

Ya se han revisado *in extenso* aspectos ligados a la memoria normal, distintos modelos para comprenderla y la forma de evaluarla. Asimismo, se han mencionado algunas de sus alteraciones. En esta parte se presenta la patología de la memoria, esbozando algunos de los cuadros clínicos que la presentan.

La memoria, como ya hemos visto, es el “instrumento del vivenciar que permite a la vivencia quedar *retenida* y *conservada* en la psiquis, pudiendo ser posteriormente *evocada*”. Esta evocación de hechos pasados permite ampliar la referencia del hombre en el tiempo, contribuyendo a darle noción del tiempo transcurrido, y así poder extrapolar la noción de tiempo venidero. La memoria humana se comporta como si se organizara en tres almacenes:

1. Un primer almacén *sensorial*, con capacidad limitada para recibir información de los órganos de los sentidos y retenerla durante un período breve (aprox. medio segundo), quizás hasta que pueda iniciarse el procesamiento.
2. Un segundo almacén de memoria *primaria* de corto plazo, también de capacidad limitada, pero donde la información se mantiene durante más tiempo que la anterior, y que se pierde alrededor de 15 a 20 segundos después. Es posible retener la información por más tiempo a través de un ensayo repetido (ej. marcar un número telefónico varias veces seguidas). Existen dos niveles de almacenamiento de corto plazo, uno que retiene información verbal y que estaría ubicado en el hemisferio izquierdo y uno que retiene información visual, atribuido al hemisferio derecho.
3. Un tercer almacén o memoria *secundaria* o de largo plazo, que recibe información seleccionada para un almacenamiento más permanente. Tiene gran capacidad y mantiene información por un tiempo prolongado. Aquí la información se procesa y almacena de acuerdo a ciertas características como el significado o el sonido de las palabras. La información parece almacenarse también en parte de acuerdo al estado emocional del sujeto, en el momento que ocurrió el hecho, y recordarse con mayor facilidad cuando el individuo se encuentra en el mismo estado. Así las memorias de sucesos que ocurrieron durante humor triste se recuerdan con mayor facilidad en un estado triste que en uno feliz. En los cuadros psiquiátricos, por ejemplo, la memoria se afecta de distintas maneras, y así en la depresión se produce un recuerdo diferencial de situaciones tristes.

Clínicamente, en base a este procesamiento de la información, vamos a diferenciar cuatro tipos de memoria: de fijación, de conservación, de evocación y de reconocimiento y ubicación temporal.

Memoria de fijación. Con ella se captan materiales a través de la sensación y percepción y se procede a fijarlos en la estructura y organización psicobiológica. Está condicionada por factores afectivos y fuertemente por la atención y concentración.

Existen aquí dos momentos perceptivos, uno muy corto (primer almacén) de 1 a 2 segundos, que corresponde a la memoria inmediata y que se mide a través de repetición de dígitos, y un segundo momento de retención inestable (segundo almacén), que corresponde a la memoria de corto plazo reciente. Ésta última permite acumulación de trazos por uno o dos minutos y es menos dependiente de la atención. Se investiga solicitando al paciente que retenga 3 a 4 palabras no relacionadas entre sí, las que se le preguntan luego de tres minutos. Esta capacidad va aumentando hasta la pubertad y luego con el tiempo va disminuyendo, viéndose un déficit muy evidente en personas seniles.

Memoria de conservación. Una vez fijados los hechos en la estructura y organización psicológica, para que los hechos puedan ser evocados posteriormente, deben poder conservarse. Un factor natural que afecta esta conservación es el olvido. La conservación se estimula con la evocación periódica, y así se reduce el olvido que ocurre en forma natural. El material se incorpora a la información preexistente.

Memoria de evocación. Ésta actualiza los hechos pasados que están conservados llevándose a la conciencia, enlazando así pasado y presente. Esta evocación puede ser *consciente y voluntaria* orientándose activamente la atención a algún recuerdo, *consciente y espontánea* en que los recuerdos afloran en forma involuntaria y eruptiva, o *automática e inconsciente*, lo que permite actualizar movimientos coordinados para la ejecución de actos aprendidos previamente, como manejar o andar en bicicleta. Esta evocación automática e inconsciente contribuye a dar el sello de lo ya conocido y familiar.

Memoria de reconocimiento y ubicación temporal. Esta memoria realiza la identificación del hecho evocado, agregándole aspectos que hacen posible su ubicación en el tiempo. Se logra así una noción correcta del tiempo. La memoria de reconocimiento y ubicación temporal es la típicamente afectada en los trastornos cualitativos de la memoria.

En la normalidad existe integración armónica de estos aspectos, mientras que la psicopatología manifiesta compromisos diferenciados de las distintas memorias, que rompen la integración funcional. El trastorno cerebral orgánico afecta en general todos los aspectos de la memoria secundaria, pero ciertas condiciones originan un efecto parcial especial sobre la memoria, que se conoce como síndrome amnésico.

La ausencia de memoria se conoce como *amnesia*. Después de un período de inconsciencia, ocurre un compromiso de la memoria en el intervalo entre el final de la inconsciencia completa y la restauración de la conciencia global. Esta amnesia que ocurre después del estado de inconsciencia se denomina *amnesia anterógrada*. En ocasiones el daño cerebral (traumatismo encefalocraneano o TEC por ejemplo) lleva también a una incapacidad de recordar un período de tiempo antes del inicio de la inconsciencia, es la llamada *amnesia retrógrada*. En un traumatismo encefalocraneano existe generalmente una amnesia con ambos componentes: *retroanterógrada* (Figura 2-3).

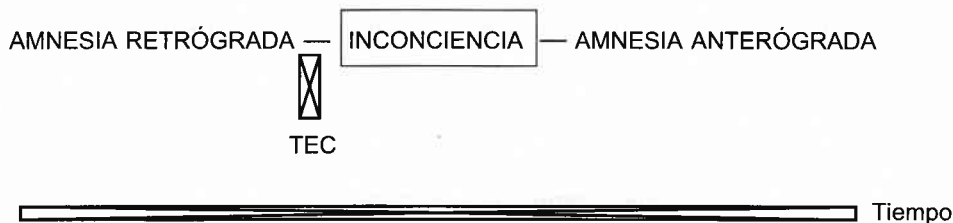


Figura 2-3. Tipos de alteración de memoria alrededor de un trauma encefálico (TEC).

Los trastornos de la memoria se dividen en *cualitativos* y *cuantitativos*, éstos se revisan a continuación:

Trastornos cuantitativos de memoria

Amnesia de fijación. Se afecta en ella la capacidad de fijar información. No pueden evocar hechos recientes, sí hechos pasados. Puede estar comprometida la memoria inmediata, que depende fundamentalmente de la capacidad de atención, y/o la memoria reciente o capacidad de retención. Un ejemplo típico es un paciente depresivo joven, que consulta por baja en el rendimiento estudiantil, que es capaz de evocar lo estudiado antes.

Amnesia de conservación. Se afecta aquí la evocación, pero es distinta a la amnesia de evocación propiamente tal. La memoria pierde su capacidad de mantener a través del tiempo un material que ha sido fijado. El paciente se queja de que se le olvidan las cosas, muchas de las cuales hacía poco tiempo había aprendido (o sea, fijado) en su memoria.

Amnesia de evocación. Existe aquí incapacidad de actualizar el recuerdo de las vivencias, que sí están conservadas y que se han evocado con anterioridad. El paciente se extraña de que un hecho que habitualmente recordaba y que le era familiar, no pueda ahora traerlo al presente. Un ejemplo típico es la amnesia nominal, en que nombres de personas muy familiares no logran ser reproducidos.

Hipomnesia. Corresponde a una disminución de la capacidad de memorización, por dificultad en memoria de fijación y de evocación. Se relaciona a condicionantes de la memoria como atención, concentración, estado afectivo, etc. Ejemplo: retardo mental.

Hipermnesia. Hay aquí una hiperfunción de la memoria, pero a expensas de la capacidad de evocación. Es lo que se describe en las visiones panorámicas de su existencia en personas en trance a la muerte, que en segundos recuerdan (evocan) toda su vida.

Hipermnesia prodigiosa. Esta denominación corresponde a una capacidad de memorización fuera de lo común. Ocurre bajo un estrés especial, en un tema específico, y con uso de pequeñas reglas nemotécnicas.

Amnesias diferenciadas. En ellas se afectan recuerdos de determinadas áreas sensoriales, auditiva, visual, nominativa, etcétera.

Amnesia global. Aquí se afecta la memoria de fijación y de evocación, con mayor o menor grado de desorientación temporoespacial.

Amnesia lacunar o circunscrita. Hay una ausencia de recuerdo para un período de tiempo, preciso, y que el paciente refiere como ausencia de actividad psíquica en ese período. Esta laguna mnésica puede ser anterógrada o retrógrada, en relación a un período de inconciencia o un evento preciso. En esta laguna de memoria puede haber vacío total de recuerdo, como es lo que se ve en los cuadros de origen orgánico, o existir fragmentos que se recuerdan, como ocurre en los cuadros de etiología psicógena.

Trastornos cualitativos de la memoria

Son básicamente las pseudorreminiscencias, los falsos reconocimientos, el *deja vue*, el *jamais vue* y la amnesia psicógena. A saber:

Pseudorreminiscencias. Rememoración patológica de eventos no acontecidos. Existen tres tipos:

a) Pseudología, mentira patológica o mitomanía, con deformación del recuerdo. Refieren hechos, aventuras, etc., deformadamente, a veces con necesidad de atraer la atención de los demás, fanfarroneando. Si es muy imaginativa, se habla de pseudología fantástica, con invenciones muy complicadas y fantásticas, identificándose con ellas.

b) Fabulación. Se toma por recuerdos auténticos fantasías de la imaginación. Se produce una falsificación retrospectiva. El fabulador es un cronista falso; el pseudólogo es un actor identificado.

c) Confabulación. Fabulación que se realiza como consecuencia del intento de rellenar una laguna mnésica en la memoria. Es lo que se ve en el síndrome de Korsakoff. No existe conciencia del olvido, sino del recuerdo fabulado.

Falso reconocimiento. Afecta a la memoria de reconocimiento y localización. El paciente cree conocer personas y lugares que nunca antes había visto (a diferencia del *deja vue*). El sujeto está convencido de conocer el lugar o las personas en cuestión.

Deja vue. Fenómeno de lo ya visto; es una extraña impresión de que una vivencia actual ya se vivió de la misma forma. El sujeto está consciente de que esto no es real ni posible.

Jamais vue. Fenómeno de lo nunca visto; sensación de no haber visto ni experimentado nunca algo, que en realidad ya se conoce. Existe conciencia de que la situación ya se vivió en forma parecida o es similar.

Tanto el fenómeno de *deja vue* como el de *jamais vue*, se asocian a la patología de la epilepsia.

Amnesia psicogénica. El paciente niega recordar hechos pasados, por su carácter traumático, por motivación ganancial, ya sea en forma disociativa o simulación. Puede ser circunscrita a un tiempo corto, selectiva o algunos hechos, generalizada de su situación vital e identidad, desde un punto en adelante, etc. La conducta es armónica y coherente.

Dentro de los *cuadros clínicos* en que existe compromiso de la memoria, destacan los síndromes psiquiátricos orgánicos con disfunciones psicológicas específicas, es decir, con un daño focal del sistema nervioso central, que implica una alteración específica de la memoria. Estos son los llamados *síndromes amnésicos* o *dismnésicos*. Se trata de un trastorno prominente de la memoria reciente y con un sentido del tiempo desordenado, sin deterioro intelectual generalizado. Ocurre por lesión en el hipotálamo posterior y estructuras de la línea media circundante; a veces por lesión bilateral del hipocampo.

En el síndrome amnésico hay deterioro profundo de la memoria reciente. El sujeto puede recordar hechos importantes inmediatamente después de que ocurren, pero no minutos ni horas después. El aprendizaje nuevo es muy defectuoso, pero aparece bastante preservada la memoria remota.

Dentro de estos cuadros se clasifica el síndrome de Korsakoff, que es un síndrome amnésico crónico. Fue descrito por un neuropsiquiatra ruso y consistía en alteración de la memoria, confabulaciones, irritabilidad y neuropatía periférica y fue reconocido en personas con déficit de tiamina como abusadores de alcohol, sepsis puerperal o infecciones con muchos vómitos.

Hoy se aplica el término en deterioros de memoria y aprendizaje fuera de proporción en relación a la alteración de otras funciones cognitivas. Pueden haber confabulaciones, pero esto no es esencial para el diagnóstico. Las lagunas mnésicas con frecuencia se llenan mediante confabulación, dando el enfermo informe vívido y detallado de actividades recientes, todas las cuales al comprobarse resultan ser inexactas. Parece que no pudiera distinguir entre memorias verdaderas y los productos de su imaginación. Con frecuencia el enfermo es sugestionable. Las demás funciones cognitivas están bastante bien preservadas, si bien a menudo se aprecia cierto embotamiento emocional y carencia de volición. Dentro de las causas posibles de este síndrome destacan el alcoholismo, el déficit de tiamina, el daño orgánico cerebral de distinto origen (TEC, demencia, cirugía, etc.). En general, si la causa es diferente al déficit de tiamina, parece menos posible que los pacientes muestren confabulación, y más probable que mantengan conciencia del trastorno de memoria.

INTELIGENCIA

Catalina Parragué

Históricamente, la inteligencia ha sido un término filosófico cuyo origen proviene del concepto de entender, penetrar en el sentido de una cosa: comprender. El concepto de inteligencia ha sido motivo de discusiones y discrepancias entre las distintas corrientes teóricas que la han estudiado, planteándose distintas formas de definir, analizar y evaluar la inteligencia. Sin embargo, todos coinciden en que es un concepto que ha sido construido a partir de hipótesis respecto de la conducta. En este sentido es un constructo teórico que no puede ser observado directamente, sino de modo operacional a través de sus manifestaciones en el comportamiento y de diversos atributos de la conducta.

En psicología, la idea de inteligencia se planteó en términos de la posibilidad del hombre de resolver problemas y de esta manera lograr la adaptación. El concepto se llevó al terreno de la conducta, buscando hipótesis que permitieran relacionar estas capacidades mentales con conductas puntuales y así traducir estas potencialidades en una cantidad.

Los diversos autores que han estudiado y desarrollado el tema de la inteligencia la han definido enfatizando diversos aspectos de ésta. Así, Stern (1926) la define como la capacidad de adaptar el pensamiento a nuevos requerimientos, como la capacidad psíquica de adaptación general a nuevas tareas y a nuevas condiciones de vida. Por otro lado, Wenzl llama la inteligencia a la capacidad de comprender y establecer significaciones, relaciones y conexiones de sentido. Según Ebbinghaus, inteligencia es la capacidad de combinación. Spearman (1927) la define como un factor central correlativo, una especie de potencialidad exploradora. Éstos son algunos de los autores más conocidos que han tratado de definir el concepto de inteligencia.

Podemos ver que la mayoría de las definiciones señalan como característica esencial de la inteligencia la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas gracias a su comprensión, o a la capacidad para resolver problemas haciendo uso del pensamiento, no siendo la conducta y la experiencia lo decisivo, sino más bien la comprensión de lo planteado y de sus relaciones. Una definición lo suficientemente amplia como para abarcar las distintas aproximaciones, es aquella que concibe “la inteligencia como una constante interacción activa entre la capacidades heredadas y las experiencias ambientales, cuyo resultado capacita al individuo para adquirir, recordar y utilizar conocimientos, entender tanto conceptos concretos como (eventualmente) abstractos, comprender las relaciones entre los objetos, los hechos, las ideas y aplicar y utilizar todo ello con el propósito concreto de resolver problemas de la vida cotidiana”.

Visión histórica de las medidas de la inteligencia

Los test de inteligencia nacieron a mediados del siglo XIX dado el interés en el tratamiento humanitario de personas retrasadas y trastornadas mentalmente que estaban ingresadas

en instituciones de EEUU y Europa. Uno de los primeros intentos por tratar de medir la inteligencia fueron los realizados por Sir Francis Galton (1883), un científico británico que había trabajado con personas que tenían problemas motores y perceptuales, procesos a través de los cuales él consideraba que se adquiría la información del medio, por lo que pensó que una manera de tener un buen índice del intelecto era midiendo estas funciones. Sin embargo, los tests propiamente tales, como los que conocemos en la actualidad, surgen en Francia, con Alfred Binet (1905). Es aquí donde por primera vez se le pide a un psicólogo que construya una prueba que permitiese identificar las capacidades de los niños, ya que en el contexto de un avanzado sistema educativo, se vio que no todos los niños tenían éxito y que no todos poseían las capacidades necesarias para beneficiarse de la educación académica. El objetivo que tenía el Ministerio de Educación francés, era el de desarrollar escuelas paralelas a las normales pero para discapacitados, necesitando de esta manera algún instrumento que permitiese una fácil y rápida discriminación entre los niños, para poder decidir cuáles irían a escuelas especiales. Es así que se le encarga esta tarea a Binet (1905). Él construye un instrumento, con la idea implícita de que la inteligencia es la suma total de procesos intelectuales en una compleja interacción, comprendida por una serie de facultades como juicio, sentido práctico, iniciativa, habilidad para adaptarse a distintas situaciones, etc. Para crear este instrumento desarrolla una serie de problemas que involucran estas habilidades y que se les presentan a niños de todas edades. Va viendo que a medida que avanza la edad, van siendo más los problemas que el niño va logrando resolver, entonces ordena los problemas en grados de dificultad en base al porcentaje de niños que resuelven cada problema.

Binet inventó el término nivel mental para expresar la puntuación de un niño en el test. Este nivel se denominó más tarde *edad mental*, que es la comparación entre el rendimiento de un niño y la norma que corresponde al promedio de los resultados obtenido por todos los niños evaluados de la misma edad. Por ejemplo, si un niño contesta todos los ítems, que han pasado el 80% a 90 % de los niños de 5 años, significa que ese niño tiene una edad mental de 5 años.

$$\text{Edad mental} = \frac{\text{puntaje obtenido}}{\text{puntaje esperado para la edad}}$$

El término cociente intelectual o CI fue creado más tarde para convertir la edad mental en un valor que pudiera ser utilizado independientemente de la edad. El CI es la razón entre la edad mental de una persona y su edad cronológica, multiplicada por 100. Entonces el coeficiente intelectual sería un indicador de inteligencia, susceptible de ser medido. De lo anterior se deriva el concepto de CI, que ha trascendido entendiéndose popularmente por él una “cantidad” de inteligencia que cada ser humano tiene. Sin embargo, en la realidad, el CI es un concepto matemático, producto de cálculos.

Posteriormente, estas pruebas creadas por Binet son exportadas a Estados Unidos a la Universidad de Stanford, donde Louis Terman realiza en 1916 una revisión y adaptación a la población de ese país; esta adaptación se conoce como la prueba Stanford-Binet.

Enfoques del concepto de inteligencia

Básicamente existen dos enfoques que han abordado el problema de la inteligencia, la postura psicométrica (cuantitativo y estadístico), en que destacan autores como Binnet, Spearman y Wechsler, y la postura estructuralista (punto de vista cualitativo y evolutivo), cuyo principal exponente es Jean Piaget. Éstas se revisan a continuación:

Enfoque psicométrico

Este enfoque surge del interés social y la necesidad de elaborar pruebas destinadas a medir la inteligencia, como una capacidad que permitiera diferenciar a las personas. Esta concepción centró la atención en las diferencias individuales de la ejecución intelectual, ejecución que se manifiesta a través de la conducta y de las respuestas del sujeto frente a determinadas pruebas a las que se le somete. Concibe las capacidades intelectuales de un individuo en relación con la posición que ocupa entre sus compañeros en una prueba de inteligencia. Este enfoque se ha trabajado tanto de una manera teórica como práctica. Teórica en la medida que está orientado a definir y describir la naturaleza de la inteligencia. Para los autores que trabajan bajo este enfoque los test son la forma de aportar evidencias para sus planteamientos teóricos. Y práctica, ya que están interesados en medir capacidad de los individuos como una forma de discriminar entre ellos, es decir, las mediciones realizadas tienen una utilidad práctica y no solamente aportan un conocimiento teórico respecto al funcionamiento de las personas. Dentro de este enfoque se encuentran diversas teorías y pruebas, algunas de las más importantes son:

Teoría factorial de Spearman (1904). Planteaba que la inteligencia estaba compuesta por dos tipos de factores, el factor *g*, que era considerado como un factor general de la inteligencia, dado por una capacidad heredada y que por lo tanto, explicaba el que una persona respondiera bien en todos los tests. El otro factor, el *s*, que era el factor específico que correspondía a las habilidades específicas, el cual explicaba las diferencias entre las distintas pruebas, por ejemplo, entre las pruebas verbales y las numéricas.

Habilidades mentales de Thurstone (1938). Se planteó que este factor *g* se podía descomponer en siete factores que reflejaban distintas habilidades de memoria, razonamiento y fluidez verbal. Éstos son: comprensión verbal (test de vocabulario y comprensión), comprensión numérica (test numéricos simples), espacial (reproducción de mosai-

cos, comparar figuras), memoria (test de repetición de palabras, frases, números, dibujos), razonamiento (test en los cuales hay que deducir e inducir reglas y serie de elementos), y fluidez verbal (rapidez para encontrar las palabras).

La teoría de la estructura del intelecto de Guilford (1959, 1982). Propone un modelo que señala que el intelecto se descompone en memoria y pensamiento, y que a su vez el pensamiento implica una serie de operaciones: cognición, evaluación y producción. Amplió el análisis factorial, estableciendo 150 factores de la inteligencia, que son el resultado de la influencia recíproca entre contenidos, operaciones y productos, proponiendo cinco modalidades de operaciones mentales, las que se pueden clasificar respecto al contenido y respecto al producto. Revisemos estos conceptos:

a) Contenido: 1. Figurativo, que es lo que opera con imágenes sensoriales; simbólico o estructural que opera con palabras, letras o números. 2. Semántico o conceptual que opera con el significado que adquieren las ideas. 3. Conductual, que corresponde a la inteligencia social, a la interpretación de la conducta humana.

b) Producto: Unidades de información, por ejemplo, fluidez verbal; clases de unidades, por ejemplo, clasificar figuras o conceptos; relaciones entre unidades; sistematización de la información; transformaciones; implicancias.

Cada test podría representar una de estas actividades y la combinación de éstas. Teóricamente una buena prueba de inteligencia debiera incluir todas estas relaciones.

Características del enfoque:

- La inteligencia es definida como una capacidad *estática* que sufre modificaciones cuantitativas en su interacción con el medio, y *heredada* que garantiza la adaptación, lo que se verifica en relación al éxito de las ejecuciones (buenas respuestas frente a los tests).
- La inteligencia es una capacidad formada por un conjunto de habilidades (factores) que se operacionalizan en forma de comportamientos diferentes y que pueden ser medidas por separado.
- La inteligencia es entendida como un indicador o coeficiente de rendimiento intelectual, en que a mayor indicador, más inteligente se es.

Estas pruebas han sido un gran aporte y ayuda en distintas áreas de la psicología, ya que, por ejemplo, permiten poner sobre aviso a padres y profesores sobre las posibles dificultades de un niño, permiten predecir si una persona tiene las capacidades necesarias para estudiar determinada carrera, o desempeñar un determinado trabajo. También se utilizan para dar oportunidades, al identificar y ofrecer becas a jóvenes inteligentes de bajos recursos. Si bien es cierto, constituye una herramienta muy útil de trabajo, pero su uso ha producido polémica, ya que en ocasiones han sido mal utilizadas con consecuencias graves para la sociedad, como por ejemplo, justificación de la discriminación racial, menosprecio de las capacidades intelectuales de los niños con discapacidad y subestimación de los ancianos. Revisemos las ventajas y desventajas del uso de este concepto:

Ventajas:

- El construir escalas de coeficiente estandarizadas en grandes muestras permite comparar a los sujetos con miembros de grupos similares y con respaldo estadístico.
- Permite analizar por separado distintas habilidades del sujeto y así detectar áreas específicas de patologías a través de la comparación intraindividual.
- La estimación de la capacidad individual aporta tanto al diagnóstico: el rendimiento que refleja la persona permite proponer tratamientos adecuados. También aporta con respecto a la predicción, ya que es útil para predecir el desempeño de un sujeto en diferentes áreas que impliquen el uso de distintas habilidades intelectuales.
- Aumenta la objetividad, disminuyendo la influencia de factores subjetivos en la selección de los datos entregados por el examinado, y permite comparaciones pre y post test en investigaciones, tratamientos, etcétera.

Limitaciones:

- Al indicar sólo resultados, proporciona información sobre la ejecución de la persona, sobre su capacidad para responder a un determinado estímulo y no a cuánto sabe o conoce y tampoco nos dice nada respecto a cuánto puede llegar a aprender. En este sentido es importante tener claro que la ejecución no es lo mismo que lo que la persona conoce o sabe.
- Se evalúa en función del tiempo, donde las personas que realizan la ejecución en forma correcta en el menor tiempo, serán consideradas más inteligentes, quedando en desventaja aquéllas de lenta ejecución.

De este enfoque han surgido numerosas pruebas, algunas de las cuales son muy utilizadas en la actualidad, entre ellas subrayaremos las escalas de inteligencia de Wechsler, para preescolares, niño de 6 a 16 años y para adultos. David Weschsler fue un clínico que estudió la inteligencia y decidió desarrollar un test que permitiera hacer una medición de ésta. En 1930 hace su primera publicación sobre el rango de las habilidades humanas. En 1939 publica y aparece su primera escala de inteligencia “Weschsler y Bellvue”, la cual tenía dos versiones: las forma I y II. En 1949 Weschsler adaptó la forma II, dando lugar a la Escala de Inteligencia de Weschsler para Niños (WISC). En 1955 realizó una revisión de la escala II, dando lugar a la Escala de Inteligencia para Adultos (WAIS).

Las pruebas realizadas por Weschsler suponen una manera de comprender y conceptualizar la inteligencia, la cual define de la siguiente manera: *“la inteligencia es un constructo hipotético, que consiste en la capacidad global del individuo para actuar con propósito, pensar racionalmente y tratar de forma efectiva con su medio ambiente”*.

Enfoque estructuralista

Este enfoque, al abordar como tema de estudio la inteligencia, se centra en el desarrollo de los procesos cognoscitivos, es decir cómo los niños obtienen y organizan su conocimiento del mundo y aprenden a resolver problemas de lógica. Piaget subrayó el hecho de que los niños que todavía no han adquirido el lenguaje, muestran su inteligencia a través de cómo se desenvuelven en el ambiente, es decir, a través de su comportamiento y de la capacidad para adaptarse a las diversas situaciones.

Piaget concibe la inteligencia como una cualidad, a la base de la conducta organizada, es un atributo de la conducta cuyo eje se encuentra en los procesos cognoscitivos. Es una forma de articular los datos de la experiencia, flexibilizándolos de acuerdo a los obstáculos ambientales y al objetivo deseado. Es un modo de funcionamiento esencial y básico de los seres vivos, que consiste en inteligir la realidad para adaptarse en forma más eficiente a ella, adquiriendo y generando nueva información y aplicando lo conocido de una nueva forma. Inteligir implica la captación de relaciones y de sentido, dándole al sujeto independencia del aquí y ahora y una capacidad permanente de proyección y planificación del comportamiento.

Las cualidades de la inteligencia en este enfoque son las siguientes:

- Tiene un sustrato biológico, donde lo que se hereda es una forma de funcionamiento que permite la adaptación del individuo en interacción con el ambiente y no una cantidad de capacidad.
- Esta capacidad sería dinámica, ya que se configura a lo largo del desarrollo y la experiencia, ya que posee un orden secuencial en su adquisición.
- Es una actividad organizadora, de modo que los procesos cognoscitivos amplían la posibilidad de adaptarse biológicamente, desde un nivel medio de acción, hasta un nivel simbólico de enfrentamiento con la realidad. De esta manera supera la organización biológica gracias a la elaboración de nuevas estructuras de pensamiento.
- Lo cognitivo y lo afectivo no son sólo elementos paralelos, sino interdependientes en su funcionamiento. El aspecto afectivo y motivacional proporciona la energía del comportamiento, mientras lo cognitivo proporciona la organización estructural de éste.

La evaluación de la inteligencia según este enfoque tiene una orientación distinta al anterior. Piaget plantea una evaluación cualitativa, donde el énfasis está puesto en la forma como un sujeto resuelve un problema, lo que dará cuenta del nivel de desarrollo intelectual alcanzado. Este enfoque rechaza la evaluación en función de la velocidad de ejecución y eficiencia, en la cual el interés está centrado en el resultado y no en los procedimientos. No busca comparar a los sujetos, sino que evaluar el nivel de organización intelectual alcanzado por un individuo.

Este enfoque no usa escalas de puntaje para comparar a los sujetos. Las pruebas de Piaget fueron construidas en función de estudios longitudinales y transversales que han permitido establecer una secuencia invariante de cómo se va organizando la actividad intelectual. Permite detectar anomalías o retrasos en el funcionamiento intelectual y proporcionan información acerca de cuáles funciones necesitan ser estimuladas.

Respecto a los diversos enfoques teóricos y planteamientos sobre la inteligencia, aún no existe un planteamiento absoluto y existen diversos autores que están planteando nuevos enfoques y maneras de entender la inteligencia, poniendo el acento en variables nuevas o que estaban consideradas hasta ahora por otros autores. Con respecto a los últimos planteamientos respecto de la inteligencia, no podemos dejar de mencionar y realizar una pequeña revisión sobre el concepto de inteligencia emocional.

Inteligencia emocional. En 1990 comienza a ser utilizado el concepto de inteligencia emocional, por los psicólogos Peter Salovey de la Universidad de Harvard y John Mayer de la Universidad de New Hampshire. Estos autores se preguntaron cuáles eran las cualidades que debía poseer una persona para lograr una buena adaptación y que pudiesen tener relación con el éxito y un buen desempeño en las distintas áreas de la vida. Es así como llegaron a la conclusión de que existían una serie de cualidades que van más allá del rendimiento intelectual típicamente considerado, y éstas correspondían a características de personalidad y variables emocionales, como por ejemplo: la empatía, la expresión y comprensión de los sentimientos, la independencia en el actuar, la persistencia, la capacidad para trabajar en equipo, el respeto, la amabilidad, etcétera.

Salovey y Mayer fueron los primeros en definir la inteligencia emocional como: *“un subconjunto de la inteligencia social que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios así como los de los demás y de discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones”*. Éste correspondería al CE (coeficiente emocional). El CE no se opone al CI o a la capacidad cognoscitiva, sino que interactúa en un nivel conceptual y en el mundo real. Una persona puede destacarse tanto en las capacidades cognoscitivas como en las sociales. Sin embargo, no fue hasta que Daniel Goleman publicó su libro *Emotional Intelligence* en 1995, que este término se dio a conocer y a ser utilizado o aplicado a todos los ámbitos: laboral, educacional, relación padre-hijo, etcétera.

Goleman plantea en su libro que las emociones son las que nos impulsan a actuar y que habría dos formas de funcionamiento o sistemas fundamentalmente diferentes que interactúan para constituir nuestra vida mental. Una, la *mente racional*, que es la forma de comprensión de la que somos típicamente conscientes, y que incluye la capacidad reflexiva, de análisis y meditación. Pero junto a éste, existe otro sistema de conocimiento, impulsivo y poderoso, aunque a veces ilógico: la *mente emocional*.

Influencias sobre la inteligencia

La inteligencia corresponde a una función compleja que requiere de un tiempo de desarrollo para estructurarse en base a la actualización o emergencia de aspectos determinados biológicamente, sin embargo, también reconoce que requiere de la ayuda y de la estimulación ambiental y permanente intercambio con el medio para alcanzar un mayor desarrollo.

Herencia. Los psicólogos han dedicado mucho tiempo a investigar la influencia relativa de la herencia y el ambiente. La herencia nos da un rango de posibilidad, un potencial que debe actualizarse en interacción con el ambiente; el que una persona llegue a usar al máximo su potencial dependerá de diversos factores ambientales como alimentación, estimulación, salud, etcétera.

La herencia establece un rango de variación o los límites dentro de los cuales las diferencias ambientales determinarán los eventuales resultados. Si bien la herencia no determina directamente la inteligencia puede llevar a favorecer ciertas experiencias que la fomenten, por ejemplo: un niño que procesa la información con rapidez evocará un trato favorable por parte de los maestros. Un niño lento a menudo genera frustración y desesperación.

Si bien es difícil establecer hasta qué punto interviene la herencia en personas con un funcionamiento normal, sí podemos ver cómo ésta limita y coarta las posibilidades de desarrollo en aquellos niños con deficiencias como retardo mental, parálisis cerebrales, alteraciones cromosómicas, etcétera.

Ambiente. A pesar de que no se pone en duda la contribución del ambiente sobre la inteligencia, es bastante difícil señalar con precisión lo que el ambiente hace con la habilidad mental. Hay factores como la nutrición, salud, estimulación, etc., que pueden influir en ésta.

Nutrición. No se sabe mucho respecto al efecto de la desnutrición moderada por períodos limitados, pero cuando se presenta en los primeros momentos de la vida, los datos sugieren que la desnutrición puede dañar la estructura y funcionamiento del sistema nervioso y reducir la capacidad intelectual.

Salud. Existen diversas enfermedades que pueden influir sobre la capacidad intelectual de un niño (por ejemplo: encefalitis y asfixia en el nacimiento). Existen además toxinas que pueden perjudicar el sistema nervioso, por ejemplo, la influencia del plomo que se ha estudiado mucho en los países industrializados, envenenamiento con mercurio en mujeres embarazadas.

Estímulo sensorial. La estimulación sensorial es esencial para el desarrollo mental normal, especialmente en los primeros años de vida de un niño, porque los bebés aprenden principalmente captando conocimientos por medio de sus sentidos y sus desplazamientos. Piaget sugiere que para que el intelecto se desarrolle de manera adecuada,

los niños deben tener oportunidades para la exploración sensorial y motora. Esto ha sido comprobado a través de numerosos estudios, uno de estos son los realizados en bebés criados en las frías condiciones de los orfanatos, hogares y familias descuidadas o de muy bajos recursos culturales y económicos, en estos casos los investigadores han encontrado de manera consistente claras señales de retardo mental. Así también se ha visto que niños con retardo mental moderado que han sido criados en ambientes ricos en estimulación y se han integrado a grupos de niño normales, han logrado un desarrollo intelectual superior al que se esperaba.

Como podemos ver, aún quedan muchas preguntas sin responder con respecto a si la inteligencia es heredada o adquirida. Respecto a las diferencias genéticas, se sabe que éstas contribuirían sustancialmente en las diferencias intelectuales pero no se sabe aún cómo los genes producen estas diferencias. Parece ser que estas diferencias van aumentando con el incremento de la edad. Por otro lado, los factores ambientales también contribuyen sustancialmente al desarrollo intelectual, sin embargo, tampoco se sabe con certeza qué factores influyen y cómo trabajan. Esto lo podemos ver a través de las evidencias de la eficacia de los sistemas escolares; se ha visto la importancia de asistir al colegio, pero no se sabe qué aspectos de éste son los críticos.

Para responder a la controversia respecto a qué tiene más peso, si la herencia o el ambiente, se han diseñado distintos tipos de investigaciones, las más importantes o significativas son las realizadas en gemelos univitelinos que han sido educados en ambientes distintos.

Psicopatología de la inteligencia

Kristina Weil

Una vez revisado el concepto de inteligencia normal, corresponde aquí presentar a sus alteraciones. Por su utilidad clínica, es conveniente recordar algunos conceptos de la definición de inteligencia y la manera como se ha tratado de entender esta importante función del cerebro humano. Stern define la inteligencia como *“la facultad personal de adaptarse a nuevas exigencias, utilizando para ello adecuadamente las pautas del pensar de que disponga”*. Destaca por lo tanto tres elementos: facultad personal, uso adecuado de pautas del pensar, nuevas exigencias. Se trataría entonces de una aptitud personal solamente mensurable frente a situaciones no rutinarias, sino nuevas, y que su mejor o peor calidad se evidencia en el uso adecuado del pensamiento como medio. Lipmann habla de *“la facultad de captar objetivamente ciertos contenidos dados, y elaborarlos con sujeción a determinadas metas”*. Wechsler por su parte la define como *“la facultad compuesta o global del individuo de actuar adecuadamente, pensar razonablemente y relacionarse efectivamente con su medio ambiente circundante”*. Enfatiza el hecho de estar compuesta la inteligencia por varios factores independientes, sin tratarse

de una combinación sumativa de determinadas habilidades individuales. El rendimiento de una conducta inteligente no es una simple función de la cantidad de habilidades especiales, y de hecho el exceso de una determinada habilidad (ej. memoria) colabora relativamente poco en la inteligencia tomada en general.

Para evaluar esta capacidad que llamamos inteligencia, existen dos categorías de análisis.

Análisis factorial, consistente en tres tipos principales de inteligencia descritos por Thorndike:

1. Inteligencia abstracta o verbal, como habilidad en el uso de símbolos lingüísticos.
2. Inteligencia práctica, como habilidad en el manejo de objetivos.
3. Inteligencia social, como habilidad en el trato de la gente.

Análisis descriptivo. Demuestra la existencia de importantes rasgos de conducta inteligente y talentosa que tienen especial relevancia en la práctica vital, que van más allá del análisis factorial y se ha hablado de una inteligencia teórica y práctica.

Evaluación de la inteligencia

En la práctica clínica nos surge la necesidad de cuantificar, de medir de alguna forma la inteligencia. Para esto es de gran utilidad la aproximación descriptiva durante la entrevista clínica, y su evaluación dirigida a través de preguntas bien orientadas. Sin embargo, como vimos anteriormente, la inteligencia puede ser medida en forma objetiva, a través de pruebas de rendimiento estandarizadas, denominados tests de inteligencia. Su procedimiento también es fenomenológico, en cuanto describe la capacidad de este instrumento del vivenciar que llamamos inteligencia.

Siguiendo a Lipmann, lo esencial de la inteligencia es la capacidad operatoria de trabajar con la ayuda de esquemas cada vez más complicados y móviles, conforme a un plan de resolución de un problema. Hay dos estructuras que se complementan, el dominio de la capacidad de esquematización del pensamiento y un sistema en cierto modo legislativo de las reglas del conocimiento. La primera corresponde a la capacidad de asimilación, lo que en la inteligencia animal se denomina aprendizaje y memoria asociativa. La segunda corresponde a la del juicio y de las reglas lógicas, o sea una metodología. Se establecen así dos grandes factores de la inteligencia: la capacidad de asimilación y la de operación lógica. Estas dos capacidades de la inteligencia pueden ser medidas clínicamente y a través del Test de Inteligencia de Wechsler, probablemente la escala de inteligencia más usada en el mundo.

El test de Wechsler está dividido en dos subtests –subtests verbales y subtests manuales–, los que a su vez agrupan a otras pruebas (Figura 2-4).

El test de Wechsler mide el rendimiento inteligente y sus distintas pruebas

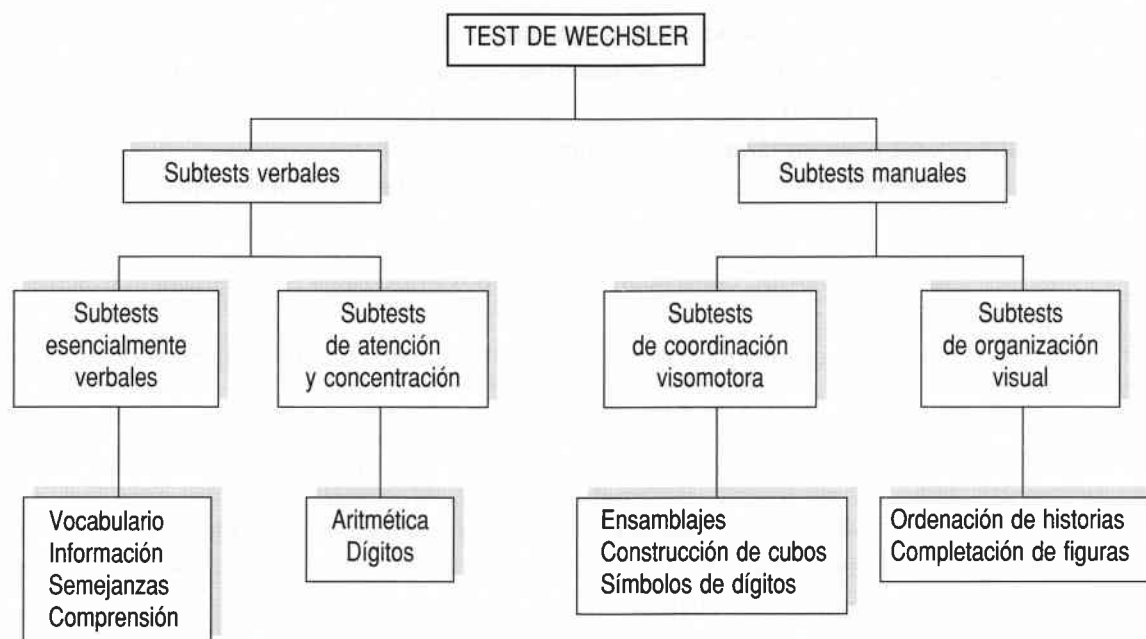


Figura 2-4. Test de Wechsler.

evalúan la capacidad de asimilación (vocabulario, información, comprensión, ensamble), la capacidad de operación lógica (semejanzas, construcción de cubos, ordenación de historias) y la capacidad de atención y concentración (subtest atención y concentración, completación figuras). El grado de inteligencia se expresa por un valor llamado edad mental, que se obtienen como resultado del test. Este valor se compara con la edad cronológica, obteniéndose así un cociente que se llama coeficiente intelectual o CI. El cálculo se hace teniendo en cuenta el lugar que ocuparía el individuo, si lo comparamos con otros 100 de su misma edad cronológica.

$$CI = \frac{\text{Edad mental}}{\text{Edad cronológica}} \times 100$$

Este valor de coeficiente intelectual permite que el evaluado pueda ser comparado con individuos de su misma edad. La ventaja del CI es que indica la capacidad mental en forma más o menos absoluta, pudiendo compararse directamente un CI con otro. CI iguales indican grados iguales de potencia intelectual, mientras que la edad mental o el número de grado de retardo no nos da una idea exacta del grado de la inteligencia.

El Test de Wechsler tiene una adaptación para adultos (WAIS) y dos para población infantil (WIPSI y WISC).

La diferenciación entre pruebas verbales y manuales resulta útil en este test, sin embargo, no permite la valoración de CI bajo 40, por lo que en niños muy pequeños o en retrasos mentales severos se debe recurrir a otros tests como el de Terman-Merrill. El CI obtenido en el test de Terman suele ser inferior en dos puntos aproximadamente al obtenido con el Wechsler. En el Test de Terman-Merrill la noción de CI es consecuencia de la correlación existente entre la edad mental y la edad cronológica (EM-EC); en la escala de Wechsler el CI no es producto de dicha correlación, sino que es la puntuación obtenida entre una media de resultados.

En muchas ocasiones no es necesario o incluso puede ser más conveniente hacer una evaluación clínica de la inteligencia, sin tener que recurrir a la solicitud de un test. Se debe hacer una apreciación del manejo del lenguaje, el juicio o tino en el relato. La capacidad de razonamiento lógico se puede evaluar viendo la habilidad del sujeto para coger lo sustancial de un asunto y marginar lo secundario, atendiendo a su capacidad de abstracción.

A continuación expondremos algunas preguntas dirigidas que se pueden realizar para objetivar clínicamente la inteligencia, que son análogas a las del Test de Wechsler, pero diferentes, para no interferir con éste.

Pruebas que miden capacidad de asimilación:

Vocabulario. Se le pide al paciente que defina una serie de palabras progresivamente más complejas (ej.: buzo, piel, plural, microscopio, menaje, dilatorio, etc.)

Información. Se hacen preguntas de información general. Ej.: nombre las cuatro estaciones del año, ¿cuántos huevos trae una docena?, ¿a qué temperatura hierve el agua? ¿quién es el presidente de Chile? ¿qué es un barómetro?, etcétera.

Comprensión. Se realizan preguntas cuya respuesta exige comprensión del contenido. Ej.: ¿de qué color era el caballo blanco de Napoleón? ¿qué es más pesado, un kilo de plomo o un kilo de plumas? ¿por qué se pagan las imposiciones? ¿por qué se deben mantener las promesas?

Pruebas que miden razonamiento lógico. Se evalúa aquí la calidad de la respuesta y el nivel de abstracción de ella, mediante tests de:

Semejanzas. Se le pide al paciente que señale en qué se parecen o qué tienen en común una serie de pares de palabras. (Ej.: manzana – plátano, periódico – radio, poesía – estatua, alegría – tristeza, buey – caballo, etcétera.).

Diferencias. Se le pide señalar la diferencia de una serie de pares de palabras. (Ej.: Río – laguna, niño – enano, error – mentira, avaricia – economía, etcétera).

Proverbios. Se le pide al paciente que explique el significado de un par de proverbios, teniendo la precaución de que el paciente los haya escuchado anteriormente. (Ej.: Más vale pájaro en la mano que cien volando – Camarón que se duerme se lo lleva la corriente, etcétera).

Patología de la inteligencia

En el siglo XIX e inicios del XX se utilizaban dos palabras en relación a la alteración de la inteligencia, que en la actualidad han adquirido un uso peyorativo, lo que ha llevado a que hayan desaparecido de la terminología clínica. Se hablaba de *idiota* para referirse a pacientes con una alteración grave de la inteligencia, y de *imbécil* cuando el compromiso era moderado. En la actualidad se habla de *retardo mental*, de acuerdo al enfoque fenomenológico de la psicopatología de la inteligencia. El término *oligofrenia*, también en uso, tiene una connotación nosológica o sindrómica, por lo que proponemos el uso de retardo mental (RM) como nombre para el compromiso de la inteligencia en sus distintos grados, independiente de su etiología.

El retardo mental es un trastorno de la inteligencia que aparece antes de que el sistema nervioso central haya logrado su completo desarrollo, límite que se considera entre los 4 y 6 años.

Otra forma de alteración psicopatológica de la inteligencia es el *deterioro*. Éste se refiere al compromiso tardío de la inteligencia, es decir, después de que el sistema nervioso central haya alcanzado su completa maduración.

El compromiso precoz de la inteligencia o RM y el compromiso tardío de la inteligencia o deterioro son las dos formas psicopatológicas básicas de la inteligencia.

Retardo mental

La manifestación más frecuente del RM es un desempeño bajo uniforme en todo el rendimiento intelectual, lo que incluye aprendizaje, memoria reciente, uso de conceptos y resolución de problemas. Las clasificaciones se han basado principalmente en pruebas de la inteligencia, pero la valoración del potencial para el ajuste social adecuado en casos individuales y juicio del médico son tan importantes como las clasificaciones objetivas de la escala de CI. La deficiencia mental se puede clasificar según su causa, es decir, hereditaria, familiar o secundaria a otra patología. Sin embargo, generalmente usa el CI como criterio básico, ya que la gran heterogeneidad mostrada por el retraso mental, tanto a nivel etiológico como de funcionamiento y pronóstico, hace que este cociente sea el más fácilmente comparable.

Se considera RM un CI bajo 70 puntos. Entre 69 y 50 puntos de CI hablamos de RM leve, entre 49 y 35 puntos de CI de RM moderado, entre 34 y 20 de CI de RM grave y en CI menor de 20 puntos hablamos de RM profundo. La diferencia entre edad mental y edad cronológica indica el grado de avance o retardo mental. Así por ejemplo se consideran anormales los niños que presentan un RM de dos años o más a la edad de 9 años, y mayor de 3 años a la edad de 12 años.

Alrededor del 2% de la población sufrirá de RM: la mayoría (87 %) son leves y permanecen en la comunidad, el restante 13 % son moderados, graves o profundos.

RM leve (CI 50-69). En este grupo está incluido el mayor porcentaje de pacientes con RM, aproximadamente un 80 % de los RM. La influencia de los factores socioambientales es mayor en este grupo que en el resto. El paciente carece de pensamiento lógico - abstracto, siendo incapaz de deducir o inducir o de realizar procesos de análisis o síntesis. Si logra una idea abstracta, ésta es limitada y malformada. Su nivel cognoscitivo va desde la capacidad de realizar operaciones concretas hasta las formas más simples de pensamiento abstracto. Son sujetos lentos en percibir los objetos y en entender órdenes, sin lograr distinguir lo esencial de lo accesorio. Son muy dependientes del ambiente. Su lenguaje es pobre en caudal de palabras, logrando comunicar afectos con simpleza y superficialidad.

Por lo general existe un retraso en el diagnóstico, que suele efectuarse en el período escolar. Los indicadores de presencia de RM suelen ser el escaso progreso en los campos cognoscitivos, motrices y comunicativos, junto a alteraciones de conducta. Pueden alcanzar un nivel de 4^{to} a 6^{to} grado de enseñanza general básica, siempre que se les apoye con programas educativos correctamente estructurados, y son en ese caso capaces de adaptarse a ciertos niveles de orden social y laboral. De adultos pueden llegar a vivir en forma independiente, requiriendo cierto grado de supervisión, especialmente en situaciones complejas y que generan estrés. El sujeto con RM leve es más consciente de su diferencia con los demás, lo que habitualmente genera baja autoestima e incapacidad de tener una imagen positiva de sí mismo.

RM moderado (CI 35-49). Constituyen aproximadamente el 12% de los pacientes con RM. Son muy deficientes intelectualmente y sólo son capaces de alcanzar etapas preconceptuales de pensamiento. Muy concretos, incapaces de concebir conjuntos u obtener principios generales desde observaciones globales. El nivel de lenguaje es muy pobre, de vocabulario restringido y sintaxis elemental, el que utilizan para pedir lo que necesitan, escasamente para expresar afecto. Muchas veces presentan desde temprana edad claras dificultades para estructurar y articular el lenguaje, y la mayoría de los casos son detectados antes de la etapa escolar. Entienden las situaciones de peligro, y se protegen. Generalmente existen alteraciones motoras asociadas. Su dificultad para comprender normas sociales suelen ser origen de frecuentes conflictos que dificultan su relación en el medio sociofamiliar.

RM severo (CI 20-34). Corresponde aproximadamente al 4% de los RM. Su edad mental se sitúa entre los 3 y los 5 años, y la incidencia y gravedad de alteraciones neurológicas es elevada. El compromiso de la inteligencia es global y acentuado, caminan, tienen hábitos alimentarios elementales y control esfinteriano ocasional. El lenguaje es muy escaso, en base a palabras o frases simples, a veces meros gritos. Por lo rudimentario de su capacidad de comprensión, sólo ocasionalmente obedecen órdenes sencillas e inmediatas. No entienden como tales las situaciones de peligro, salvo quizás el fuego. Los individuos con RM severo no llegan a tener habilidades en el campo

académico y de adultos pueden llegar a realizar trabajos muy sencillos. Dentro de los RM severos existe un pequeño grupo de “idiotas sabios”, con alguna habilidad cognoscitiva aislada altamente desarrollada.

RM profundo (CI menor de 20). Corresponde al 1% de la población con RM. Edad mental inferior a 3 años, generalmente de algunos meses, con carencia o casi inexistencia de vida psíquica. Se asocian con frecuencia a importantes alteraciones neurológicas y malformaciones físicas. Puede detectarse una vida vegetativa o unos actos elementales que surgen ocasionalmente, pero la mayoría se encuentra desconectado del medio. Estos individuos requieren de asistencia médica y cuidado permanentes.

Puerilismo. Cuadro funcional de compromiso transitorio de la inteligencia, en que el paciente presenta un rendimiento intelectual correspondiente al de un niño, groseramente distorsionado, muy contradictorio y disarmónico. Es una de las formas de presentación del síndrome de Ganser, cuadro caracterizado por pararrespuestas, generalmente acompañadas de varios síntomas disociativos, y que suelen presentarse en circunstancias que sugieren una etiología psicógena.

Deterioro o compromiso tardío de la inteligencia

El concepto de deterioro fue introducido por Kraepelin y se ha visto enriquecido por la psicometría. A principios del siglo XIX empieza a relacionarse el declinar de la inteligencia con la edad y se empieza a hablar de un deterioro fisiológico debido al transcurso de los años. Varios autores ponen en evidencia que el fracaso de los tests verbales es muy lento o casi inexistente, mientras que los otros se comprometen importantemente. Se descubre así que el deterioro fisiológico influye sobre el resultado de algunos tests y no en todos. Por otro lado, se puso en evidencia por distintos autores, como Babcock y Wechsler, que el deterioro mental patológico tiene la misma acción sobre la eficiencia intelectual que el deterioro fisiológico.

En el test de Wechsler se conservan en el deterioro fisiológico y/o patológico algunos subtests tales como vocabulario, información, ensamblaje y completación de figuras. Por el contrario, no se conservan los subtests de dígitos, semejanzas, símbolos de dígitos y cubos.

Los subtests que miden básicamente capacidad de asimilación, tienden a conservarse en el deterioro, mientras que los que miden principalmente capacidad de razonamiento lógico no se conservan.

Para calcular el deterioro de un paciente se realiza una función con un cociente de los valores obtenidos y llevado a porcentaje:

$$\% \text{ Deterioro} = \frac{\text{Test que se conservan} - \text{Test que no se conservan}}{\text{Test que se conservan}} \times 100$$

Existe un porcentaje de deterioro normal o fisiológico con la edad, que es cero a los 24 años, 16% a los 59 años, etc. Si el individuo examinado tiene un deterioro total mayor de un 20% de lo que corresponde a su edad, la influencia del deterioro patológico es manifiesta. Por otra parte, las funciones intelectuales están sometidas a procesos de cambio que no las afectan a todas por igual y hoy se considera a la inteligencia como una unidad de funciones primarias relativamente independientes entre sí. Se han distinguido así una *inteligencia fluida* y una *cristalizada*. La primera se desarrolla por aprendizaje incidental, se relaciona con adaptación y agilidad mental, y tiende a disminuir con la edad. La segunda se desarrolla por aprendizaje intencionado, se relaciona con el saber basado en la experiencia y su capacidad tiende a aumentar con la edad. Asimismo existen factores ambientales que favorecen el deterioro, como la realización de actividades monótonas, la baja escolaridad, el retraimiento social, etcétera.

Si bien el deterioro patológico y el deterioro fisiológico tienen los mismos efectos desde el punto de vista psicométrico, no implica que clínicamente sean cualitativamente idénticos. Es distinto el deterioro de un anciano normal, que el mismo deterioro en un sujeto joven.

En resumen, la capacidad de asimilación de la inteligencia y todo el material que con ella se adquirió, tiende a conservarse a pesar del deterioro. No así la capacidad de razonamiento lógico, que se compromete rápidamente con el deterioro. Es útil poder apreciar clínicamente ambas capacidades durante la entrevista. El deterioro compromete ciertas aptitudes específicas. En ocasiones, el deteriorado mantiene un CI normal, ya que las funciones conservadas compensan el resultado final. En el retardo mental por su parte, el compromiso de la inteligencia es parejo, de la capacidad de asimilación y de razonamiento lógico.

En relación al deterioro, queremos precisar el significado de algunos términos psicopatológicos utilizados en clínica:

Deterioro psicoorgánico: Subraya la necesaria conexión etiológica del deterioro con el daño orgánico cerebral.

Pseudodeterioro: Déficit intelectual de casi las mismas características del deterioro psicoorgánico, pero de causa funcional, generalmente de causa depresiva.

Deterioro reversible: Es aquel deterioro psicoorgánico con patología orgánica susceptible de mejora. El daño sería transitorio, reversible, no definitivo, ya que las neuronas tendrían capacidad de recuperarse una vez que el estado patológico deja de afectarlas. Ej.: hematoma subdural crónico, hidrocefalo normotensivo, enfermedad de Wilson, porfiria, insuficiencia cardíaca congestiva, etcétera.

Deterioro irreversible: Producto de un daño neuronal definitivo, no mejora ni espontánea ni terapéuticamente.

Deterioro reciente: Es nuevo para el paciente, de semanas o meses de evolución y que generalmente sigue un curso progresivo. El paciente presenta un quiebre reciente

en el rendimiento, se angustia ante el déficit y trata de disimularlo. Puede o no ser reversible.

Deterioro antiguo: Generalmente irreversible, ya definitivo, producto de un daño neuronal delimitado y no progresivo ocurrido en el pasado. El deteriorado antiguo parece que ya sabe lo que rinde, no se angustia ni se esfuerza frente a las exigencias.

Demencia: Es un término sindromático, en que existe un compromiso grave de las capacidades intelectuales, con déficit de múltiples funciones corticales superiores como la memoria, el pensamiento, la orientación, permaneciendo clara la conciencia.

El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y es ocasionalmente precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación.

Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular, y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

Pseudodemencia: Análogo al término de pseudodeterioro. Déficit intelectual grave, con casi las mismas características que la demencia psicoorgánica, pero de causa funcional, generalmente por depresión.

PENSAMIENTO Y LENGUAJE

Catalina Parragué

En la medida que el hombre se desarrolla, es fundamental que se oriente en el mundo que lo rodea y que sea capaz de utilizar sus conocimientos y experiencias con el fin de adaptarse a situaciones nuevas. Para tal efecto, necesita de recursos que favorezcan no sólo obtener información (percepción y aprendizaje), sino que además le permitan planificar su conducta en forma independiente del aquí y ahora, proyectándose a espacios cada vez más lejanos.

Pensamiento

Cuando hablamos de pensamiento nos referimos a una capacidad propia del hombre que le permite, ordenar y clasificar los contenidos de la experiencia, establecer conexiones de significado y relaciones entre distintos fenómenos o hechos, logrando así interactuar con el mundo de manera más adaptativa. El pensamiento es uno de los llamados "procesos cognoscitivos" y como tal se encarga de organizar, dirigir y estructurar el comportamiento.

El pensamiento es un proceso interno, a través del cual podemos aislar y abstraer los rasgos esenciales y generales de lo dado objetivamente en la percepción, logrando de

esta manera conocer al mundo como una ordenación de cosas y relaciones que nos permiten concebir a éste como un lugar abarcable y mentalmente manejable de manera de hacer más práctica nuestra adaptación a la realidad. Es así como el pensamiento transforma la diversidad y el campo infinito de posibilidades en un como de acciones disponibles que nos proporcionan la orientación para nuestra conducta.

No sólo tenemos la capacidad de abstraer mentalmente la realidad a través del pensamiento sino que también podemos combinar mentalmente sustitutos de la realidad, estableciendo diversas relaciones entre ellos (esto quiere decir que el hombre trabaja con símbolos, imágenes y conceptos en lugar de objetos). Esta combinatoria está regulada por el juicio de realidad o las leyes de la lógica (casualidad, tiempo, espacio) y tiene por finalidad lograr la resolución de un problema real actual para el sujeto. Es la combinatoria de las distintas experiencias que el individuo tiene sobre la base de distintos criterios y que de alguna manera estos criterios están referidos a la realidad que el individuo enfrenta. A través del juicio el sujeto investiga acerca de la objetividad o falta de ella en lo percibido sensorialmente o actualizando a través de representaciones, pudiendo cuestionar.

El trabajar con sustitutos mentales de la realidad le permite al hombre independizarse del momento actual, ya que puede prevenir el resultado que tendrá una acción en el mundo independiente de que la realice o no. Le permite organizar su conducta antes de realizarla, formulando estrategias de acción, evitando la adaptación por medio del ensayo y error.

Por último, cabe destacar que a través del pensamiento las personas no sólo conocen el mundo y sus relaciones sino que además pueden traer a la conciencia la realidad de su ser y de lo que les sucede como un conjunto de hechos y contenidos de sentido abarcables y que le permiten comprender lo que le sucede y reflexionar sobre su propia vida.

Los sustitutos mentales con los cuales trabaja el pensamiento se revisan a continuación y son: imágenes, símbolos y conceptos.

– *Símbolos*. Son sustitutos mentales de la realidad, consistentes en la construcción personal de un significado a partir de una síntesis personal de la experiencia temprana con los mismos. Al ser personales, no se pueden compartir y son inexpresables, debido a su carácter subjetivo.

– *Imágenes*. Son representaciones perceptuales y acciones interiorizadas relacionadas con las experiencias personales y los objetos. Se trata de representaciones de la realidad de acuerdo a su carácter sensorial o plástico (como una fotografía). También corresponden a representaciones personales de la experiencia, comunicables en su esencia, con una fuerte carga afectiva, ya que lo esencial es que se reactúalicen las conductas que se han realizado en torno a un objeto para conocerlo.

– *Conceptos*. Son una ordenación progresiva de la realidad, que organizan el conocimiento y la experiencia. La formación de un concepto consiste en abstraer las

características esenciales de un objeto (todo lo que es y todo lo que no es) y ordenarlo en sectores, clases y categorías de objeto. Es más universal y compartido por todos, pero se aleja totalmente del dato sensorial. Al ser una síntesis de la infinita variedad de objetos es más eficiente, permitiendo al hombre hacer relaciones entre las distintas clases y categorías, aumentando las capacidades y rapidez del pensamiento. Pensamos sobre la base de conceptos y estos son las síntesis de la experiencia.

Algunos autores han diferenciado entre pensamiento dirigido y pensamiento no dirigido. El primero se refiere a que las combinaciones que realiza están en función de resolver un problema real actual para el sujeto. En cambio en el pensamiento no dirigido no necesariamente se busca resolver un problema adaptativo, como sucede por ejemplo en los sueños y fantasías.

Solución de problemas. Como dijimos anteriormente el pensamiento es la mejor herramienta adaptativa que tenemos: nos permite adaptarnos a las distintas dificultades y problemas que debemos enfrentar ya sean fáciles o difíciles. Ahora bien ¿cómo es ese proceso de resolución de problemas?. Para solucionar un problema las personas van pasando por varias fases en el proceso de resolución de éste. Estas etapas son:

- *Identificación:* Consiste en entender de qué se trata el problema y de qué manera puede ser abordado.

- *Preparación:* En esas etapas se desarrollan ideas generales con respecto a la forma de abordar el problema. Pueden surgir distintos problemas debido a que los datos y las delimitaciones del problema son confusos o a que la información que tenemos es incompleta.

- *Producción:* Lo que se hace aquí es producir posibles soluciones, las cuales se van construyendo mentalmente como hipótesis que deben ser contrastadas.

- *Evaluación:* Aquí tenemos que decidir si nuestra solución es buena o no. Algunas de estas decisiones resultan fáciles pero hay otras en las cuales no estamos seguros si hemos resuelto correctamente el problema.

Teorías del pensamiento. El pensar como actividad mental implica una serie de procesos internos a través de los cuales la organización establecida en nuestros aprendizajes previos son utilizados para responder a las situaciones actuales, siendo estas respuestas transformadas por el sujeto según sus necesidades. Como podemos ver el pensamiento consiste en utilizar nuestros conocimientos de una nueva forma gracias al procesamiento mental que hacemos de la información que ya teníamos. Este procesamiento sólo es posible gracias a los elementos y sustitutos de la realidad que podemos utilizar. Como dijimos anteriormente podemos pensar con imágenes, símbolos y conceptos. A partir de estos elementos podemos establecer una distinción general entre el *pensamiento perceptivo e ideacional*. El pensamiento perceptivo es aquel tipo de actividad mental basada en la presencia (perceptual) del objeto y sucesos implicados en la solución de un problema. Piaget como veremos más adelante concibe esta forma de pensamiento como característica de los niños pequeños.

Otra forma de pensamiento es la ideacional, el cual se basa en la existencia de una forma simbólica, que consiste en la abstracción de los rasgos esenciales de los objetos y de la realidad (conceptos) lo que le permite al sujeto independizarse de la presencia de indicadores en el ambiente.

Formación de conceptos. La formación de conceptos es fundamental para que sea posible un pensamiento complejo y abstracto. Si el hombre no fuese capaz de clasificar las cosas y los acontecimientos no podría realizar todas las operaciones mentales que puede realizar. Para que sea posible formar conceptos son esenciales dos condiciones. Primero una persona debe poder clasificar la realidad a través de percibir y abstraer los elementos comunes de los objetos y sucesos para construir generalizaciones y al mismo tiempo tiene que lograr diferenciar cuáles son los elementos relevantes. Los conceptos son generalizaciones formadas mediante abstracción de los atributos críticos de los sucesos sensoriales particulares. No son sucesos semejantes los que se clasifican sino la representación de algunos de sus aspectos.

La formación de conceptos se va desarrollando desde temprana edad, existiendo una capacidad heredada para la construcción de éstos. Sin embargo, la experiencia y estimulación ambiental son fundamentales para ayudar a los niños con los contenidos y niveles de abstracción y clasificación de los conceptos. En las primeras etapas de surgimiento de los conceptos el pensamiento trabaja con imágenes que consisten en una réplica mental de un objeto o suceso experimentado previamente. Por ejemplo: si yo digo, piense en una manzana, usted se imaginará una manzana con una forma y color definidos, una imagen como la producida por una fotografía. Estas imágenes pueden utilizarse como la base de un razonamiento simple, pero muchos conceptos no pueden ser evocados de esta manera porque son demasiado complejos. Por ejemplo, no podemos imaginarnos la energía, la lealtad, tal vez podemos ver una persona caminar e inferimos que ese es un ejemplo de energía pero no su concepto.

El hombre puede ir ordenando su experiencia formando conceptos, desde los más sencillos como clasificar objetos a partir de las características concretas de éstos. Por ejemplo: ¿en qué se parecen una manzana con una naranja?; “en que las dos tienen cáscara”. Hay luego una progresión que llega a los más complejos conceptos morales, matemáticos y científicos. En el ejemplo anterior un nivel más abstracto de clasificación podría ser que la persona dijera que lo que tiene en común la manzana con la naranja es que ambas son frutas. Los conceptos o niveles de clasificación pueden ser representados por sistemas numéricos y palabras. Sin embargo, no debemos olvidar que las palabras no son conceptos sino que son rótulos que representan simbólicamente una clase de objetos.

La capacidad del hombre de resolver problemas sin contar con pruebas materiales o imágenes concretas y lograr un nivel de comprensión más abstractos y complejo del medio se logra a través de la formación de conceptos.

Teoría de Piaget. Jean Piaget fue un biólogo que se dedicó al estudio del pensamiento infantil. Formado en las universidades de París y de Ginebra, trató de descubrir cuáles eran los factores universales en el desarrollo de los conceptos y en el desarrollo del pensamiento. Su método de estudio consistió en la observación e interrogación detallada de niños en diversas situaciones problemáticas. Estos estudios lo llevaron a un análisis descriptivo del desarrollo de conceptos básicos físicos, lógicos, matemáticos y morales en relación a la formación de la capacidad de pensar del niño desde el nacimiento hasta la adolescencia.

En su teoría, Piaget plantea que los procesos del pensamiento surgen de mecanismos biológicos y están posibilitados por el desarrollo del sistema nervioso del individuo. Además considera que el desarrollo del pensamiento sigue una pauta a través de etapas claramente definibles, las que aparecen a determinadas edades. Por último, estas etapas van dándose en un determinado orden de aparición, desde un nivel concreto hasta uno cada vez más abstracto.

El desarrollo del pensamiento es un proceso a través del cual progresivamente se van dominando las leyes de la lógica con mayor eficiencia, a nivel intelectual y en relación con la realidad. Este proceso asegura que el niño tenga un dominio de realidades cada vez menos inmediatas y, por lo tanto, anticipe variaciones del ambiente, pudiendo prevenir el verse afectados por éstas.

Así, para Piaget en el proceso de desarrollo del pensamiento, el niño va logrando un funcionamiento mental cada vez más adaptado. Así como podemos ver que el niño desde que nace hasta el año y medio de vida no tiene actividad mental independiente de la acción, es decir el pensar no existe en la mente del niño como una actividad interna. Después la acción práctica es reemplazada como fuente de conocimiento del mundo por la actividad simbólica (18 meses aproximadamente). Se posibilita por la emergencia de la *función simbólica* definida como la capacidad de trabajar mentalmente con la realidad. Es la habilidad que permite tener y usar contenidos de conciencia independientes de la situación actual o campo perceptual. Entre los 2 y los 4 años los niños trabajan con sustitutos mentales de la realidad, principalmente con imágenes internas las que evocan objetos o sucesos que han ocurrido. Sin embargo, aún no logran utilizar conceptos, ya que su pensamiento no posee la capacidad de deducción e inducción. En su lugar se vale de un razonamiento transductivo, o sea, los niños razonan yendo de un caso particular a otro caso particular con el fin de formar preconceptos. El pensamiento *intuitivo* que se da entre los 4 y 7 años, se caracteriza por que el niño se forma ideas de manera impresionista, a partir de impresiones superficiales del medio. Esto sucede porque es incapaz de considerar simultáneamente todos los aspectos de una situación, actividad esencial para la formación de conceptos. De los 7 a los 11 años aparece el pensamiento *operativo concreto*, en el cual el niño ya es capaz de establecer relaciones lógicas aunque razona casi exclusivamente con elementos que tienen existencia concreta. Sin embargo, puede clasificar considerando simultáneamente distintas variables y aspectos de los objetos a partir de los principios lógicos de la realidad y no de la percepción subjetiva de éstos. Por

último, aparece el pensamiento *operativo formal* a la edad de los 12 años aproximadamente. Los niños de la etapa anterior son capaces de manejar conceptos que implican algunas cosas como el peso, número, volumen, etc. siempre que puedan operar en presencia de la realidad misma. En el nivel de las operaciones formales las personas piensan en forma hipotética y en ausencia de pruebas materiales. Formula hipótesis y las pone a prueba para hallar las soluciones reales de los problemas entre varias soluciones posibles. Se trata entonces de un razonamiento hipotético-deductivo. Éste es el nivel más complejo del pensamiento.

Lenguaje

Si tomamos conciencia de la función que cumple el lenguaje en nuestra vida diaria, en nuestro trabajo y en las relaciones con las demás personas, se hace evidente la necesidad de estudiar y comprender en qué consiste este proceso.

El lenguaje es un medio de comunicación a través de sonidos (o gestos en el caso de los sordos) que expresan significados específicos, organizados según determinadas reglas. Cada lenguaje tiene una gramática, un conjunto de reglas que especifican sus tres componentes básicos, el sonido, el significado y la estructura. El lenguaje no es la comunicación de mensajes estereotipados como puede ser el llanto de un recién nacido, sino que requiere de una construcción por parte del sujeto, que implica relacionar de manera sistemática símbolos (sonido, letras o signos) con significados y proporcionar las reglas para combinar y recombinar los símbolos. En este sentido el lenguaje es creativo. El desarrollo del lenguaje nos entrega un sistema de signos que nos permiten referirnos a las personas, lugares, cosas o acontecimientos. A través de esta "etiquetación" nos podemos comunicar con otra persona de nuestra misma cultura que asigna un significado similar a estos signos.

Funciones del lenguaje. Entre las múltiples funciones del lenguaje, se encuentran ordenar la realidad, permitir la expresión de ideas, necesidades y sentimientos, regular la acción y ser mediador del comportamiento e interacción entre las personas. Todas estas funciones se han agrupado en dos que engloban a todas las demás:

- *Cumple la función de representación como vehículo del pensamiento.* Esta función tiene por objeto transmitir una realidad comportamental o conceptual ausente, lo que es posible por medio de sustitutos representativos, facilitados por las palabras y conceptos.

- *Comunicación.* Se refiere al carácter social del lenguaje. A través de éste, el hombre queda liberado del mutismo de su propia intimidad, es capaz de compartir lo que piensa y siente. Caracteriza todos los comportamientos de intercambio que se observan en las especies organizadas en sociedad.

Relación entre pensamiento y lenguaje. Existe una estrecha y cercana relación entre pensamiento y lenguaje, tanto así que en su origen no pueden separarse. Podemos decir que con la aparición de la función simbólica, el hombre puede trabajar con símbolos y signos, ordenando el mundo que lo rodea. La aplicación de la palabra al mundo es un proceso de organización, es una clasificación de lo percibido.

Esta estrecha relación se ve reflejada en la dificultad para dominar el lenguaje en aquellas personas con severos problemas intelectuales. En ellos podemos ver que si no se puede pensar no se puede dominar el lenguaje: el uso de la palabra ya es un logro intelectual. Esto se debe a que para poder emplear el habla es necesario comprender reglas como las que rigen la forma en que se unen los vocablos. A su vez el habla influye sobre el pensamiento. Las palabras actúan como taquigrafía de la experiencia; ayudan a pensar en el pasado y en el futuro, personas y objetos que no están presentes.

Sin embargo, aún no existe un total acuerdo con respecto a cómo se relacionan estos dos procesos. ¿Es el pensamiento lo que estructura el lenguaje o es el lenguaje lo que estructura el pensamiento? Pareciera ser que el pensamiento en algunos niveles no requiere del lenguaje de la misma manera que el lenguaje requiere del pensamiento. Distintas observaciones realizadas por investigadores llegan a la conclusión de que el pensamiento aparece antes del lenguaje. Pero así como la palabra puede facilitar el pensamiento también puede limitarlo, como lo demuestra la teoría de Benjamín Whorf (1956) el cual establece que las ideas de los humanos están limitadas por la estructura del lenguaje.

La hipótesis de la relatividad lingüística o hipótesis Wholfiana (por su defensor más importante, Benjamín Lee Whorf), plantea que el lenguaje afecta nuestro modo de percibir y pensar. El lenguaje no sólo nos daría los medios para expresar ideas, sino que desempeña un papel activo en la formación de ideas. Así, los que hablan idiomas distintos, piensan y perciben el mundo de manera distinta. Las ideas de Whorf son interesantes pero en las investigaciones no se ha logrado obtener resultados concluyentes.

Desarrollo del lenguaje. Para comprender mejor el desarrollo del lenguaje, se le divide en habla *prelingüística* y habla *lingüística*. Antes de que los bebés emitan la primera palabra propiamente dicha, articulan una gran variedad de sonidos en una secuencia ligada estrechamente a la edad cronológica. Primero lloran y el llanto adopta diferentes modelos, intensidades y tonos para indicar hambre, sueño, enfado o dolor. A las 6 semanas arrullan, a los 4 y 6 meses balbucean, durante la primera mitad del primer año escuchan los sonidos a su alrededor, imitándolos primero por casualidad y luego se imitan a sí mismos. A los 9 ó 10 meses imitan conscientemente los sonidos de los demás. Durante estas últimas tres etapas los bebés adquieren su repertorio básico de sonidos imitando patrones y ritmos de frases, aunque no signifiquen nada.

El habla lingüística surge aproximadamente al año y medio de edad, cuando los niños pronuncian su primera palabra. Ésta puede ser una sílaba y puede tener una gran

variedad de significados, que han de ser interpretados en el contexto en que se usa. Estas primeras frases son lo que se ha denominado *halofrase* y expresan pensamientos completos en una única palabra. Por ejemplo, un niño señala la puerta y dice “da” que significará quiero salir o muestra una galleta y dice “da” lo que significará quiero una galleta. Los bebés adquieren sus primeras diez palabras de manera muy lenta en un período de tres a cuatro meses cerca de los 16 meses de edad. Este primer vocabulario es concreto, compuesto por nombres de cosas que pueden tocarse, verse y probarse.

Los niños entre los 18 a 30 meses empiezan a combinar palabras, en forma telegráfica, las cuales tienen significado y propósito, lo cual probablemente ayuda a los infantes a comunicar observaciones y nuevas ideas. Roger Brown (1973) investigó el lenguaje de los niños de esta etapa y determinó que los pequeños incluían sustantivos, verbos y adjetivos en orden correcto, omitiendo preposiciones, sufijos, conjunciones, etcétera.

Este lenguaje telegráfico es utilizado para varios propósitos:

1. Identificar y nombrar objetos (auto niño).
2. Para pedir que suceda algo (más jugo).
3. Para anunciar que algo no existe (no auto).
4. Para expresar posesión (zapato mamá).
5. Expresar localización (juguete cama).

Psicopatología del pensamiento y el lenguaje

Ramón Florenzano

El pensamiento es una de las funciones centrales de la mente, y sus alteraciones aparecen en múltiples y diversos síndromes psicopatológicos. La capacidad de razonar lógicamente es tan definitoria de lo humano, que Aristóteles definió al hombre como “ser racional”. El lenguaje constituye la expresión de los procesos de pensamiento, o es la cara externa de éste, por lo cual ambos temas se encuentran cercanamente ligados. Las teorías que explican los procesos de pensamiento y su evolución han variado a lo largo de la historia de la psicología, desde las visiones clásicas greco-cristianas, hasta las teorías neuropsicológicas actuales, donde nombres como Luria y Vygotsky son importantes, así como en el terreno del desarrollo de los procesos intelectuales y de la capacidad cognitiva el nombre central en el siglo XX fue el psicólogo suizo Jean Piaget. En la medida que se ha conocido el tema, los enfoques cognitivistas han ganado progresiva importancia, y hoy los estudios sobre inteligencia artificial y la metáfora del pensamiento con los procesos informáticos es central.

Serrallonga diferencia como aspectos diversos del tema los siguientes: a) *pensamiento concreto*, centrado en la comunicación de imágenes y no en la abstracción y generalización de conceptos, que característicamente aparece en cuadros psicoorgáni-

cos y en cuadros de retraso mental; b) *pensamiento sincrético*, que combina lo imaginario y lo afectivo, influido entonces por el deseo y las ganas más que por el análisis racional y lúcido de lo existente en el mundo externo; c) *pensamiento colectivo*, centrado en los conceptos comunes a un grupo sociocultural, con bajo nivel de autonomía y de creatividad individual: lo usan quienes razonan en base a refranes y lugares comunes; d) *pensamiento antropomorfo o mágico*, usado por quienes interpretan los fenómenos naturales desde una perspectiva personal, suponiendo que responden siempre a la satisfacción de necesidades humanas. En términos piagetianos, se traslapa éste con el pensamiento pre-categorial, previo a las operaciones concretas. Las formas anteriores corresponden todas a formas pre-lógicas de pensamiento, siempre dentro de la suposición, central en la cultura de Occidente, que el pensamiento lógico y racional es la forma suprema de procesamiento de los hechos, y que lleva, si se sigue un proceso de cadenas de silogismos, al conocimiento y al dominio del mundo. Desde la formulación de esta tesis por Aristóteles en su *Lógica* y su desarrollo en los *Segundos Analíticos*, hasta fines del siglo XIX, pocos discutieron la primacía de la razón. Freud, con sus nociones de proceso primario y secundario, y luego los avances en la lógica matemática de Lord Bertrand Russell, hicieron que la lógica simbólica y los desarrollos posteriores a los positivistas lógicos del Círculo de Viena, cuestionaran la posibilidad de que existiera otro modo de procesamiento mental. Ignacio Matte Blanco, el fundador del psicoanálisis en Chile, desarrolló su interesante tesis sobre la bi-lógica, que sería un doble modo de procesamiento mental. Davidson ha hablado en la misma línea de lógica paradójica o lógica sintética, que plantea que desde el pensamiento primitivo se pueden desarrollar razonamiento a través de lo que él denomina *lagunas*.

Clasificación

Capponi ha separado las alteraciones del pensamiento en los siguientes grupos: alteraciones de la estructura del pensamiento, de la velocidad del pensamiento, del contenido del pensamiento, y del control del pensamiento. Esto, desde una visión fenomenológica que sigue a Jaspers y define el pensamiento como “*flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un objetivo y que se expresan a través del lenguaje (pensamiento discursivo-verbal) o a través de la acción (pensamiento práctico)*”.

La estructura del pensamiento se desarrolla de acuerdo a una serie de etapas descritas por Luria, en las cuales primero surge la necesidad de pensar, cuando el sujeto enfrenta un problema que requiere solución, y que lleva en segundo término no a la acción impulsiva, sino a la reflexión: análisis de los componentes del problema, desglose en partes que se interrelacionan entre sí; en un tercer paso se selecciona una alternativa de solución, entre las varias posibles y se diseña un plan general de ejecución de ésta; luego se escogen los métodos para implementar el plan; en una quinta etapa se operativiza el proceso en forma lógico-lingüística: se formaliza el proceso. Luego se ejecuta la solución

propuesta, para finalmente evaluar los resultados, comparándolos con el problema inicial y su resolución total o parcial.

Para conocer el desarrollo de estas tareas, requerimos de la expresión verbal oral o escrita del sujeto, quien puede explicar cómo ha ido siguiendo la secuencia anterior, que hace análogo el proceso de pensamiento con el de resolución de problemas. Como dijimos anteriormente, estamos en el terreno de la lógica aristotélica clásica, regida por los principios de identidad, no contradicción y tercero excluido (“algo no puede ser o no ser a la vez”).

La velocidad del pensamiento debe permitir que los pasos anteriores se completen a cabalidad: la reflexión requiere de tiempo, para no llegar a conclusiones impulsivas o prematuras. Al mismo tiempo, la velocidad debe permitir comunicar el resultado de los pensamientos al medio ambiente, en forma congruente con los procesos mentales de los interlocutores.

Los contenidos del pensamiento se configuran en forma de ideas, que requieren de una relación con la realidad externa: el conocimiento, en su definición clásica de “adecuación del ser a la realidad”. Las ideas requieren por lo tanto una *vivencia de realidad*, con su característica cercanía a la experiencia, su corporalidad, su convicción profunda de existencia, y de un *juicio de realidad*, que implica no sólo la vividez de la sensopercepción, sino un proceso mental de definición de que la idea es real o verdadera, en términos de existir en el mundo externo. Las percepciones enjuiciadas y abstraídas se transforman en ideas, y estas ideas son los elementos que permiten los procesos de pensamiento.

Las ideas pueden ser *concretas*, o sea correspondientes a la mera reproducción de una sensación específica. Desde el sensorio el objeto es transformado en una *imagen mnémica*, que a su vez surge un proceso posterior de abstracción para transformarse en una *representación*. El pensamiento basado sólo en imágenes concretas es propio del niño, y de periodos primitivos del desarrollo humano. Una etapa intermedia está representada por el *pensamiento mágico*, que funciona en base a la analogía. Si dos cosas están cercanas físicamente, o sus imágenes se asemejan, se consideran iguales. El razonamiento analógico es insuficiente en el plano lógico, pero es empleado por el pensamiento para iluminar relaciones y en los procesos de asociación. Es propio de los niños y de los pueblos primitivos o salvajes. El pensamiento animista atribuye poder a las cosas y objetos por razones de contigüidad o semejanza.

Los *símbolos* son ideas generalizadas por abstracción: corresponden a una imagen genérica de muchos objetos: de diferentes representaciones se abstrae un ícono común, que representa a los objetos específicos. La abstracción es el proceso por el cual se busca la *esencia* de un objeto, que es luego utilizada por el razonamiento lógico o abstracto, que por lo tanto requiere de la capacidad de simbolización. El símbolo es entonces un signo o señal que representa la idea abstracta de un objeto. Los símbolos pueden ser visuales (en el lenguaje escrito, por ejemplo, o en el icónico), auditivos o de diversa índole. Finalmente las ideas abstractas carecen de una representación mental

objetiva, y son utilizadas por el razonamiento deductivo, típicamente en las operaciones lógicas o matemáticas. Requieren de un lenguaje, sea de palabras o de notación matemática, que son los operadores lingüísticos del razonamiento abstracto.

Alteraciones de la estructura del pensamiento o alteraciones formales del pensamiento

Entre estas alteraciones se mencionan, siguiendo a Capponi:

- *Pensamiento concreto*. Corresponde a una forma primaria del pensamiento, propio de niños y pueblos primitivos, en la cual se mantiene el apego a los estímulos sensoriales, y no se adquiere la capacidad de abstraer ni de simbolizar. Las imágenes son específicas de situaciones determinadas: ir a misa es ir a determinada iglesia en tal lugar: no se tiene la imagen de que la misa es la misma indistintamente del lugar de celebración. Una variedad compleja de este pensamiento es el:

- *Pensamiento detallista o circunstancial*, que en forma meticulosa recorre muchas ideas. Cercano al concretismo, le cuesta llegar a conclusiones, tomando fácilmente desvíos y relatando hechos en forma minuciosa y detallada. Es capaz de llegar a su objetivo, en forma lenta y por caminos laterales, a diferencia de otras alteraciones en la que se pierde la finalidad del proceso de pensamiento.

- *Pensamiento perseverativo*, en el cual se repiten constantemente palabras, frases o ideas, que ocupan el centro del discurso y que hacen difícil avanzar en un razonamiento lógico. Se relaciona con la *pobreza de pensamiento*, en la cual hay pocas ideas, a las que se vuelve una y otra vez, y con el *pensamiento pueril*, que se caracteriza por la simplicidad de los temas sobre los que se piensa. Todo lo anterior típicamente aparece en liga a alteraciones del nivel intelectual o a cuadros orgánico-cerebrales.

- *Pensamiento tangencial*, en el cual el flujo de ideas se desvía de un tema a otro. Se relaciona con un proceso de asociación excesivo, en el cual se pierde la finalidad del proceso de pensamiento. No llega al extremo de la fuga de ideas, porque la persona se mantiene cerca del tema en elaboración, pero siempre evitando llegar a enfrentarlo focalizadamente. Una variedad extrema es la *para-respuesta* o *parafasia*, en la cual se contesta una pregunta con algo no relacionado con ésta.

- El *pensamiento disgregado* corresponde a una forma extrema de los procesos anteriores: aquí se pierde totalmente la finalidad lógica del discurso, y se piensa en forma saltatoria, sin orden ni jerarquía algunos. El flujo del pensamiento se manifiesta entonces como carente de sentido, y el observador se desconcierta por la inorganicidad del lenguaje, que pierde toda lógica y aparece como totalmente arbitrario. Se ligan a esta forma las *onomatopeyas*, en la que la secuencia es determinada por los sonidos emitidos, más que por el sentido de los términos. Se habla así de *asociaciones por consonancia*. Formas extremas de esta alteración la constituyen la *jergonofasia* o *ensalada de palabras*, en la cual no sólo se pierde la finalidad, sino que se combinan las palabras en forma errática, con el resultado de un discurso absolutamente ininteligible o sin significado. Es una forma extrema de *pensamiento incoherente* cuyo diagnóstico diferencial con el disgregado es difícil.

– El *pensamiento laxo* es una alteración que se pierde en forma leve la finalidad del pensamiento: constituye una forma menor del pensamiento disgregado, y tiende a verse en las personalidades esquizotípicas.

– La *metonimia* es una alteración en la cual se utilizan términos aproximados, pero que tienen relación por deslizamiento con el concepto que se utiliza. Se dice “polvo” en vez de “barro”, cuando se trata de personas que mantienen cierto nivel de abstracción. En cuadros psicóticos aparecen palabras inexistentes, que son inventadas para dar el sentido buscado: éstos son los *neologismos*, como sería decir “polrro” en el caso anterior. Alteraciones cercanas aparecen en las *condensaciones*, en las cuales se fusionan los sentidos de dos términos, y las *contaminaciones* en las que se fusionan sentido de varias palabras para conformar otras, incomprensible para el observador: decir azulde para referirse a una mezcla de azul y verde.

– Los *bloqueos* corresponden a interrupciones repentinas del pensamiento, que pueden coincidir con detenciones correspondientes al habla, perdiéndose la ilación lógica del discurso. Una forma extrema es la *mente en blanco*, que es experimentada como períodos de tiempo sin pensamientos de ninguna índole. Cuando ésta se expresa en el lenguaje, se llega a los estados de *mutismo*.

– El *pensamiento en tropel* corresponde a la percepción espacial de los pensamientos como moviéndose en forma atropellada y desordenada dentro de la mente. Esta sensación de que los pensamientos se agolpan y presionan puede producir desconcierto.

Alteraciones de la velocidad del pensamiento

– La *taquipsiquia* es una aceleración del pensamiento, con pérdida de las conexiones internas y de las metas del discurso. Es propio de los estados maníacos, así como lo son el *pensamiento ideofugal*, en el cual se pasa de un tema a otro, con una conexión relativamente clara con el pensamiento anterior. Típicamente se pierde la finalidad del discurso, al descarrilarse el sentido de la frase desde un objetivo a otro. Las asociaciones no son absurdas ni laxas, sino excesivamente rápidas. La forma extrema de este síntoma es la *fuga de ideas*, propia de las manías agudas. En ella el pensamiento se hace incomprensible por su rapidez, se caracteriza por la vehemencia y el entusiasmo con el que se exponen las ideas, así como por las asociaciones por contigüidad, por analogía de consonancia o de contraste. A veces el pensamiento es tan rápido que supera al lenguaje y el paciente entra en mutismo.

– La *bradipsiquia* es el síntoma opuesto al anterior: Se caracteriza por la lentitud de los procesos del pensamiento, que hace que el interlocutor se impaciente al adivinar adónde va el sujeto en su discurso. En los estados depresivos se encuentra una forma especial de *inhibición del pensamiento*, en el cual el paciente siente una sensación subjetiva de lentitud, dificultad e interferencia para pensar. Esta pesadez del proceso lleva a una lentitud en la expresión oral, que puede llegar al mutismo antes mencionado, o a la inhibición psicomotora más extrema del *estupor depresivo*.

Alteraciones en el contenido del pensamiento o trastornos de la ideación

Estos trastornos se ligan a dos variables, la así llamada por Mesa Cid *ego-implicación*, o sea la disonancia o afinidad entre lo que se piensa y su pertenencia al Yo, y el grado de control o gobierno de las vivencias por parte de éste, y finalmente el grado de certeza, o *juicio de realidad* sobre la experiencia. Se constituye así un continuo desde los pensamientos que son aceptados como propios, pero que al mismo tiempo son rechazados por absurdos y molestos, como por ejemplo las *obsesiones*, hasta pensamientos que no son reconocidos como pertenecientes a uno mismo, sino que se ven como impuestos y controlados desde fuera, pero que se aceptan como ciertos a pesar de ser falsos, erróneos y patológicos, como por ejemplo los *delirios*, a los que nos referiremos a continuación.

– Los *delirios* son conjuntos de ideas delirantes, o sea un conjunto de pensamientos y juicios falsos, erróneos, resistentes a la lógica y engendrados por una vía patológica. Hay que distinguirlos del fenómeno denominado con el término latino *delirium*, que alude a un cuadro psicótico de causa orgánica, caracterizado por la obnubilación de conciencia y las experiencias oníroides; por ello se ha llamado también *delirio onírico*. El delirio es pues una creencia auto-referencial anómala, caracterizada por tres notas: sobrecarga afectiva, firmeza o tenacidad, y absurdidad. Sus elementos constitutivos son las ideas delirantes, que resultan para el observador totalmente incomprensibles, y suponen la aparición en la vida del paciente de algo nuevo y distinto, produciendo una alteración profunda y global de la personalidad. Han sido también llamadas ideas delirantes primarias, y deben distinguirse de las ideas deliroides.

– *Ideas deliroides o ideas delirantes secundarias*, que son comprensibles para los demás, secundarias a determinadas situaciones personales, moduladas por factores afectivos, pudiendo ser transitorias y sin implicar transformaciones de la personalidad.

Las alteraciones de las ideas corresponden con experiencias o *vivencias especiales*. Se pueden distinguir asimismo entonces *vivencias delirantes o deliroides*. Las primeras son fenómenos claramente patológicos, una desviación cualitativa que se traduce en una estructura de vivencia nueva: vivencia impuesta o enajenada significa vivencia experimentada no como propia, sino como imposición ajena: son típicas de los delirios esquizofrénicos. Las *vivencias deliroides* tienen una anormalidad más simple, una desviación del término medio vivencial estrictamente cuantitativa, tratándose generalmente de un juicio demasiado sobrecargado de afectividad o deficitario en análisis lógico o racional.

En estos casos es donde se altera el juicio en el sentido del procesamiento lógico inicialmente descrito. Para Von Domarus lo característico del pensamiento esquizofrénico es la pérdida de la capacidad de usar silogismos en el sentido aristotélico. De aquí la expresión común “perdió el juicio”. El autor central en la concepción actual del término *delirio* es el psicopatólogo y filósofo alemán Karl Jaspers. Para éste, el juicio delirante

debe ser *falso*, presentar una *certeza subjetiva total e incorregible*, y ser *persistente, intenso* y de *contenido imposible*. Revisaremos a continuación los tres elementos anteriores:

a) *Juicio falso*. Esto implica una conclusión errónea en el proceso de comparar la evidencia sensorial, las imágenes o sensopercepciones, con la memoria y las representaciones. Este juicio equivocado implica que la persona se aleja de la racionalidad común y entra al mundo de la locura o de la alienación: “pierde la razón”. La persona fuera de sus cabales tiene una profunda convicción acerca de la verdad de su juicio erróneo, la cual ha sido denominada *convicción apodíctica*, por lo inmovible de la creencia.

b) *Incorregibilidad y persistencia*. Esto alude a la certeza subjetiva en los momentos culminantes del proceso delirante, aunque en otras etapas la convicción puede fluctuar, aceptándose que por ciertos momentos que el razonamiento puede ser erróneo.

– *Contenido imposible*. El contenido del delirio es incomprensible para el observador, quien estima imposible desde los parámetros del razonamiento habitual.

El concepto de *delirio primario* apunta a este hecho. La idea delirante primaria corresponde a juicios patológicamente engendrados, que aparecen como algo nuevo e irreductible, que se establecen como una relación primaria inmotivada. Toda la personalidad del individuo puede ser invadida por el delirio, constituyéndose en el centro de la vida del paciente. Muchas veces la aparición de un delirio primario rompe la biografía, dividiéndose ésta entre el pasado del paciente (etapa pre-mórbida) y su situación actual. En la exploración clínica se encuentra que el delirio primario surge de una vivencia patológica o exige una transformación previa de la personalidad. Esta situación inicial primigenia y psicológicamente irreductible es la que ha sido denominada por Jaspers *temple delirante*. Éste corresponde a un estado afectivo difuso, con una sensación de cambio profundo, que se vive con desazón, inquietud y alarma. Conrad habla de un estado de *trema*, en sus descripciones de la esquizofrenia incipiente. Se siente un ambiente distinto, con una alteración sutil que envuelve todo como una luz incierta y amenazante. En este contexto especial, el enfermo comienza a descubrir nuevos sentidos a la realidad que lo rodea. Todo empieza a adquirir una nueva significación, todo pensamiento está cargado de significaciones anómalas. Si el significado delirante se inserta en una percepción, hablaremos de *interpretación delirante de la realidad*. Si el paciente recibe una intuición sin que medie sensopercepción alguna, hablamos de *cognición o inspiración delirante*. Después de esto se conforma un tema delirante, que organiza el resto de los contenidos, alrededor de una idea central. Las ideas que se desarrollan así alrededor de la idea delirante primaria, se denominará *idea delirante secundaria*. Ésta puede provenir de estados afectivos, o del desarrollo lógico a partir de la idea primaria. Jaspers ha elaborado alrededor de estos tipos de ideas su separación entre lo que es comprensible y lo incomprensible.

Existen diversos tipos de delirios, de acuerdo a sus características descriptivas:

Delirio de persecución. Es el más frecuente. En éste, el paciente se siente perseguido y amenazado por personas o entidades que quieren hacerle daño a él o a su familia. Este daño puede ser físico o psíquico (daño moral por difamación o desprestigio). El paciente se siente mirado, observado, objeto de comentarios indirectos, con la sensación de que algo se está tramando en contra suya.

Delirio de control. El paciente siente que a través de sofisticados mecanismos su mente está siendo modificada, quedando inerte frente a los agentes amenazantes. Aquí surgen las quejas de robo de pensamiento, de haber sido vaciado de las propias ideas, que han sido reemplazadas por pensamientos externos impuestos. En el síntoma específico de *control del pensamiento*, en el cual el paciente siente que su proceso de pensar está comandado desde fuera; en la *difusión del pensamiento*, se piensa que el pensamiento es sonoro o difundido a través de medios electrónicos u otros.

Delirio místico. El paciente siente que está encarnando a Dios o algún santo, que ha sido especialmente elegido por Dios para una misión profética o que la salvación del mundo depende de él.

Delirio de celos. Predominan convicciones patológicas acerca de engaños o certeza de infidelidad por parte de la pareja. Esta creencia es inmovible e independiente de la situación real: surge a veces en condiciones de franca imposibilidad de engaño.

Delirio erotomaniaco. A diferencia del anterior, en éste no se cuestiona la fidelidad de la persona amada, sino que es el paciente quien se siente amado por alguien especial, pensando que tiene que ocultar el hecho para proteger a esta persona, por razones sociales de diversa índole. Este delirio es llamado como síndrome de Clerambeault-Kandinsky.

Delirio de culpa. En este caso, el paciente se siente culpable de hechos que no ha cometido, y se auto-atribuye males que ha acarreado sobre su familia, la sociedad que le rodea, o quien sea. Puede acompañarse de componentes paranoideos o persecutorios, secundarios a la culpa.

Delirio de ruina. En este caso los pacientes se sienten en máxima pobreza, se convencen de que carecen totalmente de bienes, y que vivirán el resto de su vida en condiciones paupérrimas.

Delirio hipocondríaco. Su forma extrema es la negación de órgano o *síndrome de Cotard*. En éste el paciente se siente vacío, sin órganos internos, o con la convicción de que su interior ha desaparecido o está podrido o no funciona. A veces cree que ya ha muerto y que por lo mismo no cabe realizar ya ningún tratamiento, ya que su estado está

más allá de toda posibilidad de ayuda. Otra forma de delirio hipocondríaco es el de *infestación*, en el cual el paciente tiene la impresión de estar lleno de pequeños animales, sin posibilidad de sacárselos. Siente directamente la presencia de éstos bajo su piel. Existen finalmente delirios *cenestopáticos*, en los cuales el paciente siente molestias tales como quemaduras, agresiones sexuales, pérdida de cabellos por arrancamiento. Este delirio de perjuicio corporal se presenta, junto con los dos anteriores, en cuadros depresivos de tipo psicótico o delirante.

Delirio megalomaniaco o de grandeza. En este caso el paciente se siente poseedor de fortunas inmensas, cree que tiene la máxima categoría social, se siente poderoso en demasía, y se siente dotado de todos los valores en grado superlativo. Se observa en cuadros orgánicos tales como la parálisis general progresiva, una forma de sífilis terciaria, o en cuadros bipolares en fase maníaca severa.

Alteraciones en el control del pensamiento

Entre estas alteraciones se reconocen:

Obsesiones. Son vivencias imperativas que el paciente no puede controlar, y que debe dejar que tomen el control de su pensar, aunque las considere absurdas o inapropiadas. Más que absurdas, lo que predomina en las obsesiones es su característica intrusidad: invaden la mente en forma persistente, aunque sean rechazadas conscientemente por el sujeto. El paciente las vive como *egodistónicas*, como interferencias obstructivas en el curso natural de su pensar. Las obsesiones pueden ser *pensamientos obsesivos*, que pueden ser ideas, ocurrencias o recuerdos; *impulsos obsesivos o compulsiones*, que inducen a realizar actos que son imperativos o considerados absurdos: comprobar si todo está ordenado o apagado antes de acostarse, a decir ridiculeces u obscenidades en situaciones socialmente inapropiadas, etc. Finalmente están los *temores obsesivos o fobias*.

Ideas obsesivas. Las obsesiones son representaciones ideas o impulsos que persisten en la mente sin motivo y que no se dejan suprimir por los influjos de la voluntad. Hay por lo tanto en ellas ego-implicación pero falta de control. Las *ideas obsesivas* pueden clasificarse en obsesiones formales, que no son necesariamente anormales, y que aparecen como letras de canción, versos o frases que se repiten automáticamente en forma independiente de la voluntad. Estas "melodías que se pegan" aumentan cuando se está cansado. Hay que distinguirlas de las ideas obsesivas en sentido estricto, que forman parte del síndrome obsesivo-compulsivo (TOC), que acompañan de rituales que son como ellas, inmotivados, absurdos y extraños al yo, y que permiten que el individuo disminuya sus niveles de angustia. Pueden asociarse a las fobias, que son temores exagerados, irracionales e incontrolables ligados a determinados estímulos que habitualmente no gatillan esta respuesta en otras personas de la misma cultura.

Alteraciones del lenguaje

La visión clásica del lenguaje es la de la expresión externa de la razón: el *logos* griego es a la vez verbo y razón: discurso lógico. Posteriormente en nuestra era, esta relación ha sido estudiada en detalle por filósofos como Ludwing Wittgenstein o psicoanalistas como Jacques Lacan, quien afirmó que “el inconsciente se estructura como un lenguaje”. En el plano neuropsicológico, el lenguaje se ha independizado en su estudio del procesamiento cognitivo, al identificarse ya en el siglo XIX áreas especializadas en el lenguaje: el lóbulo frontal izquierdo, donde Broca ya en 1862 localizó lesiones que alteraban la capacidad de expresión. Todo el tema de las afasias es un capítulo de la neurología clínica con indudable importancia teórica para la psiquiatría. La neurolingüística es una nueva disciplina que ha superado muchas de las tradicionales clasificaciones dicotómicas clásicas: orgánico-funcional, central-periférico, aferente-eferente, central-focal: referimos al lector a los textos habituales de neurología, en los capítulos de funciones corticales superiores para el tema de clasificación de las afasias.

Además de las afasias, otras alteraciones del lenguaje que se ven en el plano psiquiátrico son:

- *Alteraciones de la modulación.* Desde musitar hasta gritar hay una amplia gama de posibilidades, que a veces se relacionan con el estado afectivo: los pacientes depresivos tienden a modular menos, y los maníacos a aumentar el tono de la voz y a expresarse en tonos fuertes y modulados.

- *Discurso pobre.* Aparece aquí una disminución del caudal del vocabulario, que se hace repetitivo, impreciso y vago. Esta carencia de recursos lingüísticos se ve en formas de esquizofrenia.

- *Discurso prolijo.* Este incluye muchos detalles y comentarios innecesarios para la finalidad del discurso. El lenguaje es coherente pero indirecto, que demora en llegar a una conclusión. Se ve en trastornos obsesivo-compulsivos y en formas de esquizofrenia.

- *Logorrea, o diarrea de palabras.* El lenguaje es copioso y difícil de interrumpir, expresándose el paciente en forma acelerada pero coherente. Se ve en los cuadros maníacos.

BIBLIOGRAFÍA

Arancibia V, Herrera P, Strasser K. Manual de psicología educacional. Santiago, Chile: Impresos Universitaria, 1977.

Aranguren J. La libertad sentimental. Pamplona: Cuaderno de Anuario e Filosofía, 1999.

Atkinson RG, Shiffrin RM. Human memory: a proposed system and its control process. En: Spence KW, Spence YT. The psychology of learning motivation: advances in research and theory. Vol 2. New York:

- Academic Press, 1998.
- Ayuso JL, Carulla LS. Manual de Psiquiatría. 2^{da} ed. Madrid: McGraw-Hill, 1992.
- Baddeley A. Memoria humana: teoría y práctica. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana de España, S.A.U., 1999.
- Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- Baron R, Byrne D. Psicología social. México: Prentice Hall Hispanoamericana, 1998.
- Capponi R. Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. 1^{ra} ed. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1987.
- Cohen J. Sensación y percepción visuales. México: Trillas, 1983.
- Darley J, Glucksberg S, Kinchla R. Psicología. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1990.
- Davidoff L. Introducción a la psicología. México: Mc Graw-Hill, 1989.
- Dorsch F. Diccionario de la Psicología. Barcelona: Herder, 1985.
- Frech D, Crutchfield T. Elementos de psicología. Madrid: Síntesis Psicológica, 1973.
- Gasic G. Systems and molecular genetic approaches converge to tackle learning and memory. Neuron 1995; 15: 507-12.
- Goleman D. La inteligencia emocional. Buenos Aires: Javier Vergara Editor, 1997.
- Hermosilla M et al. La escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS). Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, 1982
- Hodges JR. Valoración cognitiva. New York: Oxford University Press, 1994.
- Kaplan H, Sadock B. Handbook of Clinical Psychiatry. 1st ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990.
- Lawrence E, Shapiro A. Inteligencia emocional de los niños. Bilbao: Grafo, 1997.
- Lazarus R. Patterns of adjustment. New York: McGraw-Hill, 1976.
- Leahey TH, Harris RJ. Aprendizaje y cognición. España: Prentice Hall Inc., 1997.
- Lersch P. La estructura de la personalidad. Barcelona: Scientia, 1966.
- Marías JM. Mapa del mundo personal. Madrid: Alianza, 1994.
- Marina JA. El laberinto sentimental. Barcelona: Anagrama, 1996.
- Morris C. Psicología. México: Prentice Hall Inc., 1992.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, 1992.
- Papalia D, Wendkos S. Desarrollo Humano. México: McGraw-Hill, 1996.
- Papalia D. Psicología. España: McGraw-Hill, 1987.
- Pinillos JL. Principios de psicología. Madrid: Alianza Universidad, 1995.
- Roa A. Enfermedades Mentales. 1^{ra} ed. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1981.
- Salomon Ph, Patch V. Manual de Psiquiatría. 2^{da} ed. México: El Manual Moderno, 1976.
- Serani A. El viviente humano: estudios biofilosóficos y antropológicos. Navarra: Eunsa, 2000.
- Squire LR, Zola-Morgan S. Memory: brain system and behavior. Tins 1988; 11: 170-75.
- Wingfield A, Byrnes DL. Psicología y memoria humana. México: Editorial Trillas, 1988.
- Zegers B. Rendimiento y Capacidades Intelectuales. En: Marín P. Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor. Santiago, Chile: Edic. U. Católica, 1993.

BASES BIOLÓGICAS DE LA PERSONALIDAD

Ramón Florenzano

El tema de la influencia de los factores biológicos en la personalidad de las personas –sea normal o anormal–, es un tema relevante para la filosofía, la psicología y la psiquiatría. La interfase mente-cerebro ha sido motivo de controversia filosófica desde la antigüedad clásica, polemizando los dualistas representados clásicamente por Platón y luego Descartes, que señalaron la diferencia entre el cuerpo y el alma como dos entidades con características diversas, con los monistas, especialmente de tipo materialistas, que hicieron sinónimos el espíritu con el cerebro. La actitud más aceptada hoy es la interaccionista, representada por la teoría de Eccles y Popper. Uno de los grandes filósofos de nuestro siglo, Karl Popper, propuso una diferenciación triádica de la realidad humana, el *Mundo 1*, el de la naturaleza física y biológica de la persona, un *Mundo 2*, el de la autorreflexión consciente y un *Mundo 3*, de la cultura y sus productos. Su colega y amigo el premio Nobel de Fisiología Sir John Eccles sugirió que hay una parte del cerebro, el cerebro de enlace, cuya función es precisamente relacionar los Mundos 1 y 2. La unidad básica del sistema nervioso, la *neurona*, se conecta mediante cientos y a veces miles de sinapsis con otras unidades, formando redes neuronales. La corteza cerebral acumula la mayor densidad neuronal, organizándose en capas con una diferenciación funcional. El supraconjunto anatómico-funcional de la corteza son los módulos columnares, donde cada columna inhibe a las cercanas y activa a otras distantes. Cada módulo opera como un radio-receptor/transmisor, conectando sus alrededor de diez mil neuronas, e interactuando con cientos de otros módulos semejantes. En total hay dos millones de módulos, que en conjunto poseen veinte mil millones de neuronas, en un sistema de una complejidad difícil de imaginar.

Popper y Eccles han descrito a la mente auto-reflexiva como una entidad independiente que lee constantemente los módulos del cerebro de enlace que estén abiertos a ella. Algunos permanecen así, otros siempre están cerrados y hay un tercer grupo cuyo grado de apertura varía: se abren y se cierran dinámicamente. El hemisferio cerebral dominante constituye el “área de enlace” que crea la vivencia de la experiencia consciente del Mundo 2. La evidencia acerca de este modo de operar se encuentra en estudios sobre el

dormir, sobre el soñar y sobre propiedades de la memoria. En el último caso, juegan un especial papel los circuitos que ligan la corteza al hipocampo y a otras bases de datos mnémicas. El “cerebro de enlace” funciona en el caso de la memoria como un centro de reconocimiento mnémico.

La descripción neurofisiológica anterior hará que cualquier psicoanalista recuerde el modelo inicial topográfico de Freud, con su distinción entre un área abierta a la vivencia directa, el sistema consciente, una cerrada a ella permanentemente por la barrera de la represión, el sistema inconsciente, y otra que puede ser abierta según sea necesario focalizando la atención, el sistema preconscious. El “cerebro de enlace”, en términos de la segunda tópica freudiana, el modelo estructural, puede ser ligado a la función del Yo del sujeto. Otros aportes, desde los estudios de la lateralización cerebral, hacen vislumbrar por vez primera la posibilidad de que los conceptos estructurales de Freud tengan una base anatómica, y nos acercan al “misterioso salto entre la mente y el cuerpo”.

Popper y Eccles han contrastado tres aproximaciones diferentes a ésta: el *materialismo monista*, que plantea que hay sólo una única realidad física, que se organiza y progresa evolutivamente. El materialismo fisicista/esencialista de los griegos ha sido hoy reemplazado por una teoría de mayor complejidad, al demostrarse que el universo no está lleno, como lo postuló Demócrito, sino vacío. La alternativa *dualista* plantea que el alma existe desde el comienzo y en todo: se complementan aquí el *panpsiquismo* con el *paralelismo psicofísico* desarrollando la posición cartesiana a ultranza. Finalmente, el interaccionismo dice que el cuerpo y la mente se influyen recíprocamente y que actúan como un todo integrado pero con una causalidad que fluye desde arriba hacia abajo (*downward drift*). Esta posición evita el reduccionismo que plantea que lo inferior explica lo superior, o que las partes permiten comprender al todo, y se acerca más a la teoría gestáltica de Kohler: el todo es más que la suma de sus partes.

La sistematización que hace Popper de los tres mundos es una ordenación jerárquica, semejante a la utilizada por Von Bertalanffy en su *teoría general de sistemas*, se resume en la Tabla 3-1.

El error del reduccionismo está en el plantear que se puede llegar a (7) a partir de (1). El punto de vista del *downward drift* señala que los conceptos superiores, de mayor complejidad, no son reducibles a los inferiores. Lo anterior no implica que no existan leyes y regularidades del Mundo 1 que también influyen en los Mundos 2 y 3. Pensemos en el caso del dolor: una carie indolora es un evento del mundo 1. Cuando se produce un dolor dental surge una experiencia del mundo 2, que llama a actuar. La realidad tanto de los mundos 1 como 2 es auto-evidente, pero el tema de cómo interactúan ambos es más complejo. El Mundo 3 puede pertenecer al Mundo 1 en algunos casos, pero además tiene una autonomía parcial en relación a los otros dos mundos: vale aquí el ejemplo de los descubrimientos matemáticos. La realidad del Mundo 3, como lo demuestran los ejemplos de la geometría y las matemáticas, es parcialmente inmaterial. La geometría requiere una espacialidad propia del mundo 1, pero es pensable en forma inmaterial e instantánea en nuestro espacio mental.

TABLA 3-1. ORDENACIÓN DE LA REALIDAD EN TRES MUNDOS, SEGÚN POPPER

Mundo	Niveles
Mundo 1 (objetos físicos)	(1) Hidrógeno y hielo (2) Elementos, líquidos y cristales (3) Organismos vivientes
Mundo 2 (experiencias subjetivas)	(4) Conciencia sensorial animal (5) Conciencia del sí mismo y de la mente
Mundo 3 (productos de la mente humana)	(6) Lenguaje humano. Teorías del sí mismo y de la mente (7) Trabajos de arte y de ciencia (incluyendo las tecnologías)

Esta distinción en tres mundos que representan niveles de discurso independientes aunque ligados entre sí tiene la ventaja de respetar cada uno de ellos con sus legalidades propias, y evitar la necesidad de buscar explicaciones, por ejemplo de los fenómenos mentales, en el nivel puramente material o neurofisiológico. Uno de los reproches que se hace frecuentemente al psicoanálisis es verlo como un intento de reduccionismo materialista, al explicar biológicamente hechos que pertenecen a otra área. El subrayar la realidad propia del mundo 2, del mundo interno permite entonces desarrollar una aproximación a éste con métodos diversos a los usados en las ciencias de la naturaleza, y así situar la aproximación psicoanalítica en un nivel epistemológico propio. Por otra parte, al indicar que estos tres niveles están interconectados e interactúan entre sí, permite mantener la unidad de la persona, enfoque necesario para comprender diversos fenómenos no divisibles que integran lo somático, lo anímico y lo sociocultural.

Lo innato y lo adquirido

La controversia entre *herencia y ambiente* es un tema recurrente en psicología médica. En la medida que la genética y otras ciencias han avanzado, se oye cada vez a menudo la afirmación de que todo está escrito en los genes, y de que no se saca nada con luchas contra la biología. “*Quien lo hereda no lo hurta*” es un refrán que resume esta posición. Desde otro ángulo, muchos de los tratamientos utilizados en psicología y psiquiatría, como las psicoterapias, se basan en la posibilidad que tienen las personas de cambiar sus modos de pensar, sentir, sus actitudes y comportamientos. Desde las ciencias sociales, son populares los puntos de vista *constructivistas*, que asumen que es posible determinar la realidad individual o social desde el medio ambiente. Como sucede en muchas polémicas, el tomar uno u otro punto de vista es adoptar una posición extrema, y la

mayoría de los estudiosos del tema prefieren plantear que lo lógico es tener una visión *interactiva*, que señala que lo que se hereda son *potencialidades*, y que éstas se *actualizarán* dependiendo de la crianza que reciben las personas dentro de la familia y de las posibilidades que les depara el medio ambiente. Lo que el *stock* genético coloca son límites, pero dentro de esto la gama de variabilidad es muy amplia.

Uno de los modos de aproximarse al tema es el estudiar en detalle la herencia de actitudes, rasgos de personalidad o condiciones psicopatológicas anormales.

Aspectos genéticos

La psiquiatría genética utiliza diversos métodos para estudiar las bases heredadas del comportamiento. Éstos, que se resumen en la Tabla 3-2, van desde la cría selectiva de animales, en la que se seleccionan de generación en generación rasgos que se quieren fomentar (como cantidad de lana en un cordero) cruzándose sólo los ejemplares que tienen la característica buscada; pasando por los estudios de gemelos uni o bitelinos, que poseen genomas idénticos o diferentes por los estudios de hijos adoptivos, que han sido criados en circunstancias semejantes o diferentes, por los estudios de *pedigrees*, que analizan la evolución fenotípica de hermanos, por los análisis de las características del desarrollo intrauterino, por los experimentos en que cepas similares de ratas son criadas con medios enriquecidos en un nutriente, o bajo condiciones de estrés determinadas, hasta los estudios biográficos o autobiográficos. Este último método es el más aplicable en clínica, y éticamente el menos objetable desde diversos ángulos.

Un ejemplo de los métodos anteriores está dado por la búsqueda de las bases biológicas del uso excesivo, o apetencia por el alcohol. Diversos estudios en animales, algunos realizados por el investigador chileno Dr. Jorge Mardones Restat, han demostrado que es posible criar cepas de ratas que demuestran clara preferencia por ingerir alcohol, y que esta apetencia puede transmitirse genéticamente. Asimismo, el investiga-

TABLA 3-2. MÉTODOS DE LA PSIQUIATRÍA GENÉTICA

-
1. Cría selectiva de animales
 2. Estudios de gemelos
 3. Estudios de hijos adoptivos
 4. Estudios de *pedigrees* consanguíneos
 5. Estudios sobre desarrollo prenatal
 6. Manipulación (enriquecimiento) ambiental
 7. Comparación de historias reales
-

El estadounidense Donald Goodwin estudió en Dinamarca hijos adoptivos criados en forma cruzada (estudios denominados de *cross-fostering*) demostrando que los hijos de padres biológicos alcohólicos, criados en hogares de padres no bebedores, al llegar a la vida adulta, consumían más alcohol que los hijos de padres biológicos no bebedores. Éstos últimos, al ser criados por padres adoptivos alcohólicos, consumían en menor proporción más alcohol, pero raramente llegaban a transformarse en alcohólicos. Ejemplos semejantes se han descrito en relación al tema de la herencia de la esquizofrenia, como veremos más adelante.

La relación entre ADN nucleico, que formula la secuencia de aminoácidos que transmitida al ARN mediante el ARN mensajero (mARN) será el patrón que codifica las secuencias de aminoácidos que constituirán las proteínas, es el elemento crucial en la biología molecular de los trastornos psiquiátricos. Éstos pueden ser hoy estudiados en modelos animales de conducta, que lentamente están abriendo perspectivas acerca del modo de codificación genética de las bases moleculares de la conducta. Los investigadores habitualmente han utilizado para probar modelos experimentales de conducta a mamíferos pequeños o pájaros. Esto para analizar sistemas de neurotransmisores que son comunes a estos animales y al hombre, por lo que proveen de modelos de análisis farmacocinéticos adecuados. Estos animales han sido utilizados para analizar patrones de actividad, pasividad, agresividad, exploración y retirada, entre otras actitudes conductuales primarias. Sin embargo, estos modelos se hacen insuficientes para secuencias conductuales más complejas como las típicas entre los humanos. Esto en parte tiene una explicación neuroanatómica: los mamíferos no primates o las aves carecen de corteza prefrontal, extremadamente desarrollada en el cerebro humano, y que por lo tanto se presume tener también un rol importante en la etiología y patofisiología de diversas anormalidades psiquiátricas.

Por otra parte, los animales pequeños y las aves se reproducen rápidamente, por lo que pueden ser utilizados para crear los pedigrées extensos que se necesitan para estudios de *cloning posicional*. Por ejemplo, uno de los genes recientemente descubiertos es el que contribuye a la obesidad en las ratas. El cruce de una cepa de ratas obesas con otra de otras de peso normal llevó al descubrimiento de la *leptina*, una hormona producida por los adipocitos, que actúan en el cerebro suprimiendo la conducta de ingesta. Esta sustancia también se encuentra en el hombre, aunque su papel en la obesidad humana no está claro todavía, y no se sabe si la administración exógena de leptina disminuye la ingesta excesiva de alimentos. Cientos de cepas de ratas mutantes han sido identificadas hasta hoy, y los proyectos de *cloning posicional* está identificando que genes específicos producen las variaciones conductuales.

A partir de estudios farmacológicos, se han estudiado genes específicos que se supone codifican las secuencias proteicas que determinan la conducta. Los métodos para identificar estas secuencias, denominados *knockout technology*, permiten la creación de cepas de ratas con modificaciones o ausencias de un gen determinado. Las ratas resultantes tienen uno de tres genotipos: unos sin anomalías detectables, sea porque tienen un

gene redundante o porque la alteración es demasiado sutil para ser detectada. En otros casos el *knockout* lleva a que el gen sea letal para la rata durante el desarrollo y así no llegue a la edad adulta. En tercer lugar, aparecen cepas mutantes con una anomalía conductual específica que puede entonces ser ligada a una secuencia genética reconocida. Un ejemplo de lo anterior está dado por estudios con la calcio-calmulodin-kinasa (CaMJII), sustancia considerada como crítica en la señalización intracelular para la memorización y el aprendizaje. Mediante estudios de *knockout*, se crearon cepas de ratas en las cuales esta sustancia estaba totalmente ausente, que eran así incapaces de aprender a recorrer un laberinto que ratas normales reconocían rápidamente. Asimismo, estas ratas mostraron una impersistencia anormal del código hipocámpico para los lugares, que es un mapa interno que representa el mundo externo y que normalmente cualquier rata aprende a recordar a lo largo de toda su vida. En la actualidad existen cientos de proyectos en los que se están aplicando estas técnicas de *knockout* a genes específicos. Su limitación está en que involucran la extrapolación de resultados animales al ser humano, y que no se pueden confirmar a no ser que se produzcan mutaciones espontáneas en personas que luego puedan ser corroboradas mediante los análisis genéticos respectivos.

La aplicación práctica de estos conocimientos lo hace la disciplina denominada *genética clínica*, que realiza consejería genética, generalmente a padres preocupados por saber que traen tal o cual carga hereditaria. Para ello se utilizan diversas técnicas de examen clínico prenatal que se resumen en Tabla 3-3.

Lo anterior lleva a que diversas características de personalidad tengan componentes genéticos claros. Tal como señaláramos antes, el material genético coloca un límite superior, hasta el cual ésta puede desarrollarse, pero hay amplio espacio para la variabilidad y libertad individuales. Entre las características que Mischel señala al respecto, mencionemos:

- La expresividad emocional, sociabilidad y extroversión
- Ansiedad
- Altruismo
- Agresividad y criminalidad.

TABLA 3-3. TÉCNICAS UTILIZADAS EN GENÉTICA CLÍNICA

Amniocentesis
Biopsia de vello coriónico
Examen de sangre materna
Ecografía
Fetoscopia
Monitoreo electrónico fetal

TABLA 3-4. FRECUENCIA DE ESQUIZOFRENIA EN PARIENTES DE PACIENTES ÍNDICE

<i>Parentesco</i>	<i>Porcentaje afectado (%)</i>
Esposos	1,0
Hijos	9,35
Medios hermanos	2,94
Sobrinos	2,65
Nietos	2,84
Primos hermanos	1,56

Existen también condiciones mórbidas o enfermedades en las que el factor congénito es importante. Mencionemos entre éstas:

- Fenilcetonuria
- Síndrome de Down (trisomía 21)
- Esquizofrenia. En este trastorno, cuya prevalencia en la población general es de un 1% en diversos estudios internacionales, un pariente en primer grado, como un hermano o hijo, de un paciente tiene un 10% de riesgo de desarrollar la enfermedad. Este riesgo aumenta a un 50% en el caso de mellizos homocigotos. Las Tablas 3-4 y 3-5 resumen el riesgo en el caso de esta enfermedad.

- En el caso de *trastornos depresivos mayores y bipolares I*, los porcentajes son semejantes a los enunciados para la esquizofrenia: los parientes de primer grado de estos pacientes tienen 9 a 18 más probabilidades de presentar la enfermedad que la población general. La tasa de concordancia en este caso, para mellizos homocigotos, va de un 33 a un 88%.

- El *síndrome de Gilles de la Tourette* tiene un modo de transmisión de tipo autosómico dominante con una tasa de expresividad de un 99% en los varones y de un 70% en las mujeres. Sólo un 10% de los pacientes con esta enfermedad no tienen un pariente afectado por ella.

TABLA 3-5. FRECUENCIA DE ESQUIZOFRENIA EN PARIENTES DE PACIENTES ÍNDICE

<i>Parentesco</i>	<i>Porcentaje afectado (%)</i>
Gemelos univitelinos	44,3
Gemelos bivitelinios	12,8

– La enfermedad de Alzheimer parece tener un subtipo en el cual los factores heredados son importantes, pero hay muchos casos en los que aparece la enfermedad sin que haya antecedentes familiares alguno. Esto vuelve a mostrar la complejidad del dilema naturaleza-medio ambiente. Se calcula que el 10% de los casos de Alzheimer son hereditarios, y que el 90% restantes son esporádicos. Entre los primeros, entre el 70 y el 80% se atribuyen a mutaciones de un gen, presenilina I, ubicado en el cromosoma 14, que hace que la enfermedad comience entre los 40 y los 50 años. En un 20 a 30% adicional se ha encontrado alteraciones en otra sustancia, presenilina II, ubicado en el cromosoma 1, que hace que los síntomas comiencen después de los 50 años de edad. Un 2 a 35 adicionales son atribuibles a mutaciones en un precursor de las proteínas amiloideas, el β -APP. Esta sustancia, más una proteína músculo-esquelética denominada *tau* son componentes prominentes de las placas seniles y de la degeneración neurofibrilar que caracterizan la patología de esta enfermedad. Esta proteína *tau* tiene además un papel en las formas esporádicas de la enfermedad: ella parece ser protegida por un proceso de fosforilación para no polimerizarse en los filamentos helioidales dobles que son los principales componentes de la degeneración neurofibrilar. Esta protección es, en definitiva, provista por la apolipoproteína E (*apo E*), cuyo gen se encuentra en el cromosoma 10, y consiste en tres alelos. El alelo $\epsilon 2$ es protector de *tau*, mientras que los alelos $\epsilon 3$ y especialmente el $\epsilon 4$ no se asocian tan firmemente con *tau* y la dejan más susceptible a su eventual polimerización. La presencia de alelos $\epsilon 3/\epsilon 4$ se ha planteado como la explicación de un 10 al 50% del riesgo de casos esporádicos de Alzheimer, que comienzan alrededor de los 60 años. Estos sujetos parecen presentar un grado importante de pérdida de neuronas acetilcolinérgicas y responder peor a los inhibidores de la acetilcolinesterasa tales como el donecepil. En resumen, de un modo directo o indirecto los factores genéticos pueden tener que ver con alrededor de la mitad de los casos de esta enfermedad.

Por otra parte, todas estas enfermedades tienen un grado amplio de variabilidad clínica, encontrándose desde las formas asintomáticas hasta extremos severos de la condición. Esto es explicado por la presencia de *genes modificadores*, que hacen que varíe la encodificación de las proteínas con las que interactúan la base genéticamente alterada.

Se han descrito diversos *rasgos genéticos*, que a veces están determinados por un solo gen pero muchos otros por una multiplicidad de ellos (*herencia poligénica*). La mayor parte de las conductas genéticamente determinadas parecen pertenecer al segundo tipo. Los estudios en animales han permitido avanzar en la definición de estos rasgos conductuales heredados, así como las técnicas de *mapeo genético*, que involucran correlacionar la herencia del rasgo con marcadores moleculares repartidos en múltiples lugares del código genético: esto es denominado *cloning situacional*. Este proceso involucra entonces la identificación de cambios en una base entre los tres miles de millones de bases de ADN que contiene el núcleo humano, tarea compleja y tediosa. Actualmente,

se han identificado por lo menos 6.000 marcadores de ADN, repartidos parejamente en los cromosomas a razón de un marcador cada 500.000 bases. Para establecer la conexión (*linkage*) de un rasgo con uno de esos marcadores, cada miembro de un *pedigree* es estudiado buscando dichos marcadores, y los patrones de herencia de esos es correlacionada con la presencia o ausencia del rasgo bajo estudio. Esta tarea está hoy automatizada en un porcentaje muy alto, pero aún esto significan varios meses de trabajo para un *pedigree* pequeño. Una vez que se realiza el método de *cloning situacional* y se identifica un marcador, se puede asumir que la mutación génica se encuentra a alrededor de un millón de bases alrededor de éste. En este intervalo se pueden entonces aislar y secuenciar varias docenas de genes. Este proceso será simplificado por el estudio secuencial completo del Genoma Humano, proyecto que está realizándose y que debiera ser completado alrededor del año 2005, identificándose las tres mil millones de bases del ADN humano. Esto facilitará mucho la identificación de mutaciones genéticas y hará avanzar el conocimiento acerca de las bases hereditarias de los trastornos psiquiátricos.

En el caso de la psiquiatría genética, el mayor problema ha sido la definición de los rasgos conductuales bajo estudio. En la medida que clasificaciones tales como el DSM-IV o el CIE-10 permiten hoy tipificar éstos de un modo mucho más riguroso que antaño, lo que posibilita avanzar más que en el pasado. De todos modos, el proceso de mapeo es extremadamente complejo, dada las características poligénicas de la mayoría de los rasgos estudiados, incluyendo las condiciones más obvias, como el recién mencionado síndrome de la Tourette. Los estudios de decodificación del genoma, que avanzan hoy más rápido con procedimientos computacionales automatizados de análisis de correlaciones genético-conductuales (*linkage analysis*), han mostrado *locus* probables para la herencia de trastornos bipolares (cromosoma 18), esquizofrenia (cromosoma 15), síndrome de Williams (una alteración rara del desarrollo, con dificultades en las capacidades de orientación espacial del sujeto). En el último caso parece haberse identificado una mutación del gen relacionado con la kinasa LIM-1.

En el caso de la esquizofrenia, por lo menos en algunos sujetos, se han demostrado dificultades en la capacidad de la filtración auditiva de estímulos sensoriales. Los estudios usando las técnicas recién descritas han mostrado como hay un *locus* en el cromosoma 15 que tiene que ver con esta dificultad en el procesamiento auditivo. Otro estudio en familias irlandesas con alta prevalencia de esquizofrenia encontró alteraciones en dos *loci* diversos, uno en el cromosoma 6 y otro en el cromosoma 8. Cada uno explicaba vulnerabilidades distintas en un 30% de las familias estudiadas.

En resumen, se puede afirmar que existen enfermedades en las que hay un componente genético demostrado, como las que se resumen en la Tabla 3-6, mientras que hay otras en las que este componente se sospecha, pero sin pruebas por el momento, que se mencionan en la Tabla 3-7.

TABLA 3-6. ENFERMEDADES CON UN COMPONENTE GENÉTICO

Esquizofrenia
 Desórdenes afectivos
 Conducta sociopática y criminalidad
 Enfermedad de Alzheimer
 Enfermedad de Huntington
 Enfermedad de Gilles de la Tourette
 Alcoholismo

Mediación mente - cerebro

Mucho del conocimiento acerca de la anatomía funcional del cerebro inicialmente surgió del estudio de lesiones globales, sean accidentales o quirúrgicas. Por ejemplo, Sperry estudió las características del funcionamiento de cada hemisferio analizando casos de comisurotomías quirúrgicas. Estos casos, generalmente debidos a epilepsias intratables, mostraron que el hemisferio dominante (generalmente el izquierdo) es único y exclusivo con respecto a la experiencia consciente. La información pictórica, espacial y musical pertenece al hemisferio menor (generalmente el derecho) que es enviado a través del cuerpo calloso hacia el hemisferio dominante. Cuando existen lesiones parciales de un lóbulo cerebral, estas afectan al habla. Si se trata del lóbulo parietal alteran el reconocimiento táctil, las frontales posteriores las funciones motoras y las de la corteza pre-frontal la personalidad del sujeto. Las lesiones occipitales alteran la visión, y las hemisferectomías izquierdas el procesamiento analítico-secuencial de la información. Las derechas alteran el procesamiento viso-espacial y musical, y asimismo las funciones sintéticas. Los estudios acerca de lateralización cerebral realizados por Gazzaniga y otros investigadores han mostrado la importancia de la diferenciación funcional interhemisférica y abierto un

TABLA 3-7. ENFERMEDADES EN QUE SE SOSPECHA LA EXISTENCIA DE UN COMPONENTE GENÉTICO

Síndromes ansiosos
 Desórdenes de la personalidad
 Síndromes psicosexuales
 Retrasos mentales

campo para comprender no sólo las diferencias intergenéricas sino diversos fenómenos oscuros hasta hace poco.

La hipótesis antes mencionada de Popper y Eccles postula entonces que la mente autoconsciente es una entidad independiente que lee activamente los centros abiertos a ella en lo que denominan “área de enlace” del hemisferio cerebral dominante. La mente autoconsciente selecciona activamente según los intereses y atención que presta a estos centros abiertos, e integra la información seleccionada de momento a momento. Asimismo, retroactúa sobre estos centros neurales. De este modo, ejerce un control superior e interpretativo mediante una interacción de doble vía, en la interfase entre los mundos 1 y 2.

Genética y psicoterapia

El “nuevo paradigma” propuesto por Eric Kandel, en el Centro de Estudios sobre Neurobiología y Conducta de la Universidad de Columbia en Nueva York, ha señalado como en las décadas posteriores a la II Guerra Mundial el psicoanálisis se constituyó en el modelo predominante para comprender no sólo los trastornos neuróticos para los que lo diseñó Freud, sino que se aplicó a la clínica de las psicosis, a los cuadros psicósomáticos y aún se extendió fuera de la psicopatología hacia los mundos de la empresa, de la educación y de la cultura. En las décadas de los ochenta y de los noventa se produce un retorno al interés por los aspectos neurobiológicos y su rol en muchos cuadros cuyo estudio hasta ahora se habían realizado desde la psicología. En terminología de Popper, el psicoanálisis explora sistemáticamente el mundo 2, el de la interioridad subjetiva, pero para hacerlo se aleja del mundo 3, de la cultura y especialmente de la filosofía y del mundo 1, de la neurobiología. Ésta última ha vuelto por sus fueros, y reaparece con las hoy denominadas “neurociencias cognitivas” o “psiquiatría biológica”. En cien años la psicología ha visto dos cambios de paradigma: desde la psicología positivista y racionalista del siglo XIX, que unía mente y conciencia, hacia el psicoanálisis freudiano que abrió el estudio del inconsciente, y desde éste hacia el “nuevo paradigma” neurobiológico, que es planteado por Kandel alrededor de cinco principios:

1. Todos los procesos mentales y operaciones psicológicas, aún las más complejas, tienen como sustrato operaciones cerebrales. Esto puede ser visto como una elaboración de la antigua idea de Griesinger de que las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales.
2. Los genes y sus productos proteicos son determinantes importantes de los patrones de interconexiones neuronales y de los detalles de su funcionamiento. Las combinaciones de genes ejercen un control importante sobre la conducta.
3. Las alteraciones genéticas, sin embargo, no explican toda la varianza de una enfermedad mental dada. Los factores evolutivos y sociales también representan una contribución importante. El aprendizaje tanto de conductas funcionales como maladaptativas, produce alteraciones en la expresión genética.

4. Las alteraciones en la expresión génica inducida por el aprendizaje originan cambios en los patrones de interconexiones neuronales. Estos cambios no sólo dan las bases biológicas de la individualidad, sino también inicialmente mantienen las anomalías conductuales inducidas por las contingencias sociales.
5. La efectividad de la psicoterapia o de la consejería psicológica se debe a cambios conductuales prolongados, intermediados por un aprendizaje que cambia la expresión génica lo que a su vez altera la fuerza de las conexiones sinápticas y produce cambios estructurales que alteran los patrones anatómicos de interconexiones entre células nerviosas y cerebro. Esto haría que, en la medida que mejore la calidad de la resolución de la actual imaginología cerebral, se podría evaluar cuantitativamente los efectos de la psicoterapia.

Los postulados anteriores deben ser entendidos matizadamente, en el sentido de evitar reduccionismos simplificadores, que pueden llevar a visiones racistas, clasistas o propias del darwinismo social. En manos inadecuadas, la teoría de la selección natural se ha convertido en teoría sobre la raza pura, y las teorías genéticas en eugenesia. Para elaborar lo anterior recordemos que los genes son moldes que pueden reduplicarse fiablemente. Esta función de molde o “*template*” entrega a cada generación copias sucesivas de cada gene. El molde no es modificable por la experiencia social ya que sólo se altera mediante mutaciones, las que son raras y aleatorias. La función de transmisión genética por lo tanto está más allá del control individual y social. Pero los genes además determinan el fenotipo: las características y funciones expresadas de las células. Esta función de transcripción se ejerce en un porcentaje bajo en cada célula particular: sólo el 10% a 20% del total de genes que existen en una célula cerebral dada son expresados o transcritos. Tal como la función de transmisión no es afectada por el ambiente, la de transcripción es altamente regulada, y es sensible a los factores ambientales.

Morfológicamente, un gene tiene dos regiones: una de codificación (que codifica el mRNA que a su vez codifica una proteína), y otra de regulación que generalmente está sobre la región codificadora y que consiste de dos elementos de ADN: un elemento promotor, donde una enzima (la RNAPolimerasa) lee y transcribe en el mRNA la región codificadora; y un elemento aumentador, que reconoce las señales proteínicas que determinan en qué células y cuándo la región codificadora será transcrita por la RNAPolimerasa. La decisión de cuan a menudo este proceso se produce es determinado por elementos internos y externos: momentos del desarrollo cerebral, hormonas, estrés, aprendizaje e interacciones sociales. Este aspecto de la regulación es denominada *epigenética* y hace que todas las funciones corporales –y también cerebrales– sean susceptibles de ser socialmente influenciadas. Los elementos sociales serán pues incorporados biológicamente en la expresión alterada de genes específicos en regiones cerebrales específicas. Así entra la evolución cultural a la biología.

El estudio de los factores culturales en la conducta se ha hecho mediante análisis del genoma, estudios de *cross-fostering* y de pedigrees familiares. Por ejemplo, la

esquizofrenia tiene una prevalencia del 1% de prevalencia en la población general, pero más del 15% en los parientes de primer grado de un caso con la enfermedad. Asimismo, la concordancia para esquizofrenia en los gemelos dicigotos es del mismo 15%, en comparación a un 45% en el caso de los monocigotos. *Contrari sensu*, esto implica que un 55% no presenta la enfermedad a pesar de compartir un mismo *pool* genético con sus gemelos.

Tal como parte de la función de molde del gene es transmisible pero no regulada, hay también aspectos de la función genética que son regulados pero no transmitidos. Los estudios de la neurofisiología del aprendizaje animal han mostrado que la experiencia altera la efectividad de las interconexiones neuronales alterando la expresión génica. Este descubrimiento ha abolido la división clásica de la psicopatología entre cuadros orgánicos y funcionales: no hay cambios en la conducta que no alteren el sistema nervioso central, así como los trastornos persistentes del sistema nervioso se reflejarán en alteraciones conductuales en algún nivel de resolución. Las técnicas neuroanatómicas y neurofisiológicas actuales han sido hoy complementadas por las de estudio de imágenes y de exploración funcional del cerebro (TAC, SPECT, RNM, etc.) y lleva a su campo de estudio a los cuadros ansiosos, depresivos y obsesivo-compulsivos, por un largo tiempo el dominio de la psicología. Recordemos aquí los trabajos pioneros de Heinz Hartmann mostrando la posibilidad de comprensión psicoanalítica de cuadros psicoorgánicos tales como parálisis general y otros.

Hoy se sabe que la mayoría de las enfermedades “psicóticas” son heredables, ya que en ellas hay alteraciones en la secuencia de los moldes génicos, lo que lleva a ARN anormales, y por lo tanto a proteínas alteradas. En trastornos como el estrés postraumático lo que se altera es la función transcriptor del gene, y su capacidad regulatoria. Estas alteraciones parecen traducirse en variaciones en las conexiones sinápticas. Hay estudios que han mostrado como las representaciones somatosensoriales en monos adultos que son obligados a tomar objetos con tres (y no los cinco) dedos se alteran en forma visible por los nuevos procedimientos de estudio de cerebro.

Otro estudio, que cita el mismo Kandel, utilizó *scanners* de instrumentistas de cuerda; que cuando tocan están constantemente utilizando con destreza sus manos: los segundo a quinto dedos de la mano izquierda, que tocan las cuerdas son manipulados individualmente, mientras que los dedos de la mano derecha, que tocan el arco, se mueven conjuntamente. Las imágenes de estos músicos revelaron que sus cerebros eran diferentes de los no músicos; específicamente, la representación cortical de los dedos de la mano izquierda (no así de la derecha) era mayor en los músicos. Otro hallazgo fue el hecho de que esta representación aumentada era mayor en quienes habían aprendido a tocar violín antes de los 12 años; no así en los que comenzaron más tardíamente.

Este tipo de evidencia hace pensar que se pueda postular que el psicoanálisis y las psicoterapias capaces de inducir transformaciones conductuales importantes, actúan produciendo alteraciones en la expresión génica lo que a su vez produce cambios estructurales cerebrales. Lo mismo es obviamente cierto para las diversas terapias psico-

farmacológicas, como lo ha mostrado en nuestro medio Capponi. La psicoterapia de los trastornos de carácter o de las neurosis debiera producir cambios funcionales y estructurales que en la medida que se perfeccionen las actuales técnicas imaginológicas, pudieran utilizarse para medir los progresos de una terapia. Los tratamientos psicoanalíticos y psicofarmacológicos pudieran operar entonces en forma sinérgica más que aditiva, potenciando los efectos de cada técnica individual. Entre los ejemplos actuales se encuentra el trastorno obsesivo-compulsivo, donde los inhibidores de la captación de la serotonina son tan benéficos como las psicoterapias para disminuir los síntomas. En estos trastornos hay alteraciones en el sistema córtico-estriado-tálamico con una hiperactividad funcional del núcleo caudado derecho. Tanto la terapia con fluoxetina (un inhibidor de la recaptación de la serotonina), como las psicoterapias son efectivos en producir reducción de esta hiperactividad.

Ciencia cognitiva y psicoterapia

Diversos autores recientes han insistido en que el psicoanálisis debe ampliar su base de investigación y salir de su excesiva devoción al método de caso único empleado por Freud.

La psicología norteamericana ha sido capaz de salir de su tradición de observación meramente conductual, ampliándola a una perspectiva cognitivista. La psicóloga y psicoanalista Wilma Bucci ha desarrollado una síntesis del psicoanálisis con las neurociencias interesante desde esta perspectiva. Ella señala como el psicoanálisis se desarrolló dentro de la *zeitgeist* contemporánea como una teoría de la transformación de las estructuras mentales, del mundo interno individual. La práctica analítica proporcionó herramientas utilizadas hasta hoy por la mayoría de los psicoterapeutas. Sin embargo, la metapsicología analítica fue formulada dentro de un molde conceptual decimonónico, utilizando la física newtoniana y sin contar con los conocimientos actuales acerca del sistema nervioso. Propone Bucci una psicología que sirva como base científica para el cambio estructural y que sea empíricamente investigable. Insiste en que el psicoanálisis se preocupa más del significado de los eventos mentales, más que de la forma externa de estos, buscando por lo tanto cambios de significados y sentimientos, más que mejorías sintomáticas. Hoy día el estudio científico de los eventos internos –procesos y representaciones mentales– es el dominio de la neurociencia cognitiva. Esto incluye no sólo el estudio de los procesos intelectuales en el sentido clásico, sino de las emociones como indicadores de estados y procesos mentales: la así denominada *inteligencia emocional*. Esta aproximación novel que Bucci denomina *teoría de códigos múltiples*, enfatiza el procesamiento separado de información aparte de las palabras y representaciones conscientes, con elementos que no son discretos, organización que no es categorial, procesamiento que es simultáneo en diferentes canales paralelos, que ella denomina *procesamiento subsimbólico o de distribución paralela*. En nuestro medio, Ignacio Matte fue

pionero en insistir en que el inconsciente no funcionaba de acuerdo a las reglas de la lógica aristotélica. Bucci señala que el organismo tiene que realizar un *proceso referencial* por el cual conecta múltiples formatos representacionales de los diversos sistemas no verbales, tanto entre sí como con el lenguaje. Esta función básica de simbolización es la que se altera en una serie de trastornos mórbidos, y es donde el tratamiento psicoterapéutico actúa, corrigiendo distorsiones y errores de traducción entre sistemas representacionales.

En la conceptualización de Bucci, los sistemas de procesamiento subsimbólicos funcionan de un modo global o analógico, operando en dimensiones continuas sin elementos discretos mensurables. Este subsistema es masivamente paralelo, con operaciones sincrónicas múltiples, y está determinado más por sus contenidos que por su estructura. Cada componente y cada tipo de contenido tienen dimensiones, coordenadas, unidades y principios de procesamiento intrínsecos. Este procesamiento subsimbólico se aplica a todas las modalidades sensoriales y es especialmente dominante en el caso del olfato y del gusto. Es el modo esencial de operación de los sistemas visceral y cinestésico; por su naturaleza, sus representaciones son hechas en códigos privados, que no son representables en sistemas métricos estandarizados o en reglas computacionales. Reconocemos los cambios en los estados emocionales de los demás basándonos en percepciones muy sutiles de su expresión facial, de su postura, y reconocemos nuestros cambios internos por modificaciones en nuestra experiencia somática o cinestésica. Esta calificación la realizamos sin poder explicar fácilmente las bases para nuestros juicios. Dado ese tipo de operación, sin una intencionalidad o direccionalidad explícitas, los procesos subsimbólicos pueden ser ubicados como “fuera de uno mismo”, en el sentido de experimentarse fuera del sector del *self* que tiene una función de control. En ese sentido, podemos a veces esperar los mensajes del sector subsimbólico como fuente de ideas creativas, u otras sentirnos a merced de nuestros procesos físicos o emocionales, sin poder imponerles nuestros objetivos o darles dirección. Por ello a veces recurrimos a agentes externos (alcohol, café, drogas, tranquilizantes, hipnóticos) para poder regular algunas de esas funciones.

Los procesos simbólicos se centran, como la Tabla 3-8 lo señala, en imágenes y palabras. Las primeras constituyen el código no verbal simbólico, y se caracteriza por combinar en un formato algunos rasgos de las representaciones subsimbólicas y de los símbolos verbales. Las imágenes, tal como las palabras, son entidades discretas que representan a otras entidades y que se combinan de acuerdo a reglas. Las imágenes pueden guardar similitud con las entidades representadas, pero otras veces pueden ser patrones analógicos que las aluden de un modo abstracto o arbitrario, como los íconos de los programas computacionales. Las imágenes pueden combinarse en forma secuencial o paralela, en secuencias que representan eventos dados. En contraste a los elementos subsimbólicos, que operan sin identificar explícitamente a sus elementos, dimensiones o medidas, el procesamiento simbólico depende de la identificación de parámetros explícitos y es sujeto de control intencional. Podemos construir a propósito imágenes, recordar

TABLA 3-8. PROPIEDADES DE LOS FORMATOS DE CÓDIGOS MÚLTIPLES, SEGÚN BUCCI

<i>Códigos subsimbólicos</i>	<i>Códigos simbólicos</i>	
	<i>No verbal</i>	<i>Verbal</i>
Procesamiento analógico en dimensiones continuas	Imaginería discreta y específica, en patrones analógicos	Palabras con rasgos fonológicos, sintácticos y semánticos
Específicos por modalidad: sensoriales, viscerales, cinestésicos	Específico por modalidades sensoriales	Amodal
Modelados por sistemas de procesamiento paralelo distribuido	Secuencial o paralelo, modelados por sistemas simbólicos clásicos	Formato secuencial de un solo canal

imágenes de objetos ausentes. Por otra parte, las imágenes pueden surgir en la conciencia sin haber sido llamadas. La conservación de las imágenes se hace en la modalidad en que se percibieron, con algunos elementos transmodales: recordamos el tono de la voz y la expresión facial de quien nos reprendiera airado, o la música y el paso de ballet de la representación de danza que vimos y apreciamos, etc. Todas estas experiencias son registradas en el sistema no verbal no lingüísticamente, y representan el material que debe ser conectado con las palabras.

Las palabras son los elementos simbólicos por antonomasia. Tal como las imágenes, pueden ser representadas en diferentes formatos en la memoria de largo plazo. Estos formatos subyacentes tienen alguna estructura lógica o proposicional. Tienen referencias arbitrarias, y es multimodal: su percepción no corresponde a un modo de procesamiento específico. Su tonalidad emocional es neutra, a no ser que se la acople con elementos no verbales como tono, onomatopeyas, etc. Los aspectos paralingüísticos del habla son centrales para expresar emocionalidad y son procesados en el nivel subsimbólico. Por ello se han diferenciado los aspectos vocales y verbales del habla. La disonancia entre ambos canales es objeto de análisis fenomenológico de la psicopatología en los estudios de Dörr y otros autores. Sin embargo, el procesamiento del lenguaje verbal habitualmente es secuencial y de canal único, enviando o recibiendo un mensaje por vez: es difícil participar en varias conversaciones al mismo tiempo, o conversar y leer simultáneamente. La adquisición del lenguaje ha sido uno de los saltos más importantes en el proceso de personalización de nuestra especie, y es el que permite de mejor manera el control intencional de la conducta. No debe pues llamar la atención, como señala Bucci, que el lenguaje sea el principal medio del psicoanálisis, aunque no sea el principal medio de transmisión o interconexión de pensamientos y emociones.

Otra dimensión relevante en el modelo neuropsicológico de Bucci es la de *conciencia*, la cual no se asocia con ninguno de los formatos previos. Si bien el procesamiento subsimbólico es generalmente caracterizado como implícito, automático y no intencional, puede muchas veces darse en forma consciente. Ejemplos claros son la danza o el ejercicio deliberado de una habilidad deportiva, o el aprendizaje de cualquier artesanía: en todos estos casos se focaliza la atención en un proceso subsimbólico. El entrenamiento en psicoanálisis involucra asimismo un aprendizaje a través de la experiencia, identificando claves sensoriales, motoras o viscerales que son enviadas como testimonio de estados internos, y trabajar intencionalmente estos elementos. El concepto de *empatía* puede así definirse como la capacidad de comprender información subsimbólica transmitida por los otros a través de diversas claves, incluyendo la propia respuesta subsimbólica.

La relación del procesamiento simbólico con la conciencia es también compleja. Tanto la imaginería como el lenguaje pueden ser procesados dentro y fuera de la conciencia. La primera es el principal medio de los sueños, tal como lo comprendió Freud y lo ha confirmado la investigación neurofisiológica moderna. Cuando dormimos fijamos nuestra atención en lo que soñamos, pero al despertar podemos no recordar lo ensoñado. Es posible también construir imaginería en vigilia, y examinar estas imágenes. El lenguaje es comprendido habitualmente como operando bajo un foco de atención consciente, al caracterizarse por un mecanismo secuencial de canal único. Sin embargo, se ha observado procesamiento verbal en sueños y en otras situaciones de procesamiento paralelo, como lo puede testimoniar el poeta que despierta con la frase que no pudo encontrar despierto.

Los hechos anteriores muestran como al lado de la organización "lógica" del modo verbal operan diversos otros modos de procesamiento. Para explicar la integración del funcionamiento personal, es necesario que existan conexiones entre los diversos sistemas representacionales. Las representaciones no verbales, incluyendo los componentes sub-simbólicos que se procesan en forma continua, sincrónica y en paralelo, deben conectarse entre sí y con los símbolos discretos del lenguaje, que se procesa en forma secuencial y de canal único. El término utilizado por Bucci para referirse a este proceso de interconexión es el de actividad referencial. ¿Cómo se produce esta actividad? La respuesta tradicional desde Freud ha propugnado esta diferenciación a partir de una disociación determinada en forma defensiva. La dificultad para encontrar palabras para las experiencias es tratada primariamente como un tema ligado al conflicto y a la resistencia. La superación de esta disociación es vista como predominancia de un sistema sobre el otro: se hace consciente lo inconsciente, el Yo ocupa áreas donde antes estuvo el Ello. El modelo freudiano no explica el procesamiento normal de múltiples sistemas de información, independientemente de la existencia de situaciones patológicas. La posición de Freud privilegia la dominancia verbal y el procesamiento lógico, tal como lo hace Piaget, al describir el acceso a la etapa de operaciones formales como una de avance evolutivo, reemplazando a sistemas tempranos más primitivos de organización cognitiva.

Una tesis posterior postula que el proceso referencial integra inicialmente las representaciones continuas del modo subsimbólico a través de la construcción de imágenes prototípicas simbólicas, que luego son mapeadas en un código verbal. Stern, en sus estudios acerca del desarrollo infantil ha planteado que este desarrolla memorias emocionales prototípicas, que el denomina Representaciones de Interacciones (RIGs), involucrando a otros en relación a uno mismo. Éstas serían las estructuras de memoria que ordenan la experiencia, incluso la emocional, y que proporcionan la base para el desarrollo de lo sí mismo. Kernberg ha planteado una teoría semejante para explicar la estructura psíquica con especial atención al desarrollo de los afectos.

Para Bucci, por lo tanto, el mecanismo básico del proceso referencial es la formación de imágenes prototípicas que son equivalentes en estructura, función, asociación en tiempo o lugar entre las diversas modalidades. Estas estructuras subsimbólicas funcionalmente equivalentes son las que son transformadas en códigos verbales mediante el proceso de simbolización. Esta transformación de imágenes y episodios prototípicos en elementos abstractos estaría también a la base de la creatividad científica y técnica, así como artística, como también en el trabajo cotidiano de los analistas.

Este proceso referencial ha sido empíricamente investigado por Bucci y otros autores a través de la medición de la *actividad referencial*, definida como *la capacidad de expresar todo tipo de experiencia no verbal, especialmente la emocional, en forma verbal*. Esta capacidad cognitiva varía para ellos entre los individuos, y es susceptible de ser medida tal como la inteligencia verbal y otros constructos cognitivos. Para ello se han desarrollado mediciones de los estilos de lenguaje ligados a la actividad referencial, aprovechando trabajos previos de Paivio que habían mostrado como el lenguaje ligado a procesos no simbólicos es más directo en describir éstos que el lenguaje abstracto, ligado a ideas teóricas. En las palabras de Helen Keller, es distinto decir que los limones hacen que la boca se sienta amarga, o que el mordisco de un durazno es aterciopelado, a hacer una descripción botánica de las características de ambas frutas. Para hacer esta medición, Bucci ha desarrollado escalas que miden Concretitud, Imaginería, Especificidad y Claridad del habla. Estas cuatro escalas se combinan para dar un puntaje total de Actividad Referencial (CRA), y se han elaborado para poder ser medidas computarizadamente analizando trozos de textos verbales. Por su parte, Mergenthaler ha desarrollado otro constructo, el de Patrón Emoción-Abstracción (EA), que mide en el texto la cantidad de términos emocionales y abstractos. Un diccionario creado por Mergenthaler y Bucci evaluando tanto CRA como EA ha sido aplicado a la asociación libre de pacientes analíticos, observándose que en las sesiones de psicoanálisis se sigue un ciclo que varía según la calidad de la actividad referencial, comenzándose típicamente por una *fase subsimbólica*, en la cual el paciente aparece predominantemente con preocupaciones sensoriales o somáticas, y que en las escalas recién aludidas presenta un lenguaje con niveles bajos de actividad referencial, en especial en las subescalas de claridad y especificidad. Asimismo, hay niveles elevado de tono emocional. Fuera de la medición lingüística, esta etapa se caracteriza además por un predominio de expresiones faciales

y no verbales, por lo que también la videograbación de la sesión aporta claves interesantes acerca del tipo de emoción predominante. Después se pasa a una segunda etapa, la *fase de simbolización*, en la cual se llega a los valores más elevados de actividad referencial, convergiendo las cuatro sub-escalas en niveles altos. Predominan aquí las narraciones y las descripciones de episodios de relaciones interpersonales, que son los detectados por otras técnicas tales como el CCRT (*Core Conflictual Relationship Scheme*) de Luborsky y Crits-Cristoph. Esta fase corresponde al paso de la expresión directa de la emocionalidad a su procesamiento simbólico, momento crucial de la sesión efectiva.

Conclusiones

En este capítulo se han revisado las interfaces entre biología y psicología normal y anormal, descubriendo que existen diversas aproximaciones a la interacción entre cerebro y mente. Desde la genética, que con sus métodos en la actualidad ha mostrado la importancia de los factores hereditarios, hasta las explicaciones neurofisiológicas y neuroquímicas vigentes, se ha avanzado mucho en reconocer la importancia de los elementos heredados. Por otra parte, la misma investigación actual sobre el cerebro subraya la extraordinaria plasticidad de este órgano. Los conocimientos recientes sobre mecanismos de *transcripción genética* son un ejemplo de ello. Por lo anterior, sería miope una perspectiva que se centrara sólo en los elementos hereditarios, de la conducta humana, uno de los elementos que hace grande a la persona es su capacidad de cambio, y una de las actividades más satisfactorias es la posibilidad de ayudar a otra a desarrollar sus potencialidades y a superar las limitaciones productos de la biología o de la crianza temprana.

BIBLIOGRAFIA

- Bucci W. Psychoanalysis and Cognitive Science: A multiple code theory. Nueva York: Guilford Press, 1997.
- Dörr O. Psiquiatría Antropológica. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1999.
- Frangiskakis JM, Ewart AK, Morris CA *et al.* LIM-kinasa y hemicigocidad implicadas en las alteraciones de la reconstrucción visoespacial. *Cell* 1996; 86:59.
- Greenspan RJ. Understanding the genetic construction of behavior. *Sci Am* 1995; 272: 72.
- Kandel E. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155(4): 457-69.
- Luborsky L, Crits-Cristoph P. Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Method. Nueva York: Basic Books, 1990.
- Popper K, Eccles J. The self and its brain. Nueva York: Brunner Mazel, 1974.
- Schulz SC. Genetics of schizophrenia: A status report. En: Tasman A, Goldfinger S. American Psychiatric Press Review. Vol. 10. Washington, D.C., 1991.
- Selkoe A. Alzheimer's Disease: Genotypes, phenotype and treatment. *Science* 1997; 275:630.

PERSONALIDAD

María Paz Soubllette
Catalina Parragué

En psicología no existe un concepto único de personalidad, sino múltiples definiciones sin que ninguna de ellas sea universalmente aceptada. Sin embargo, las distintas corrientes teóricas coinciden en que este concepto designa a un conjunto de características de un individuo que lo definen como persona única e irrepetible. Surge para dar cuenta del aspecto individual que adquiere el comportamiento, es decir, pone de relieve las diferencias interindividuales de las personas.

Desde un punto de vista estrictamente psicológico, con el término personalidad hacemos referencia a algo que subyace a la expresión externa comportamental. Se trata entonces de un concepto o un constructo hipotético (pues no se observa directamente), que abarca la organización del individuo y que lo hace ser un sistema único e irrepetible, con una forma peculiar y característica de comportarse, de adaptarse al medio y también con una forma característica de sentir y modos habituales de armonizar las necesidades internas y las exigencias del mundo.

Se entiende que la personalidad es un todo de relativa estabilidad y que ello permite prever o esperar un cierto y característico accionar de la persona. Esto es importante para el sujeto en tanto ser social, porque permite armonía en su convivencia, ya que lo hace predecible para los demás.

Esta forma particular de organizarse es producto de la interacción del individuo con el medio, es decir, el resultado de su experiencia individual, la cual se va constituyendo a lo largo de la vida en complemento con las características constitucionales del sujeto.

Los psicólogos contemporáneos definen la personalidad como patrones de relativa consistencia y duración. Estos patrones dan cuenta de distintos modos de percibir, pensar, sentir y comportarse, lo que proporciona a los individuos identidades independientes. La personalidad es un constructo en el cual se sintetizan las funciones psíquicas que están en la base de la estabilidad personal que antes se ha mencionado. Es así como incluye pensamientos, motivos, emociones, intereses, actitudes, habilidades, etcétera.

Una de las definiciones que comúnmente tiene más aceptación es la de Gordon Allport (1961): *Personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos.*

– La personalidad es una organización dinámica, ya que la integración y otros procesos de organización deben aceptarse necesariamente para explicar el desarrollo y estructura de la personalidad. Cuando se habla de organización, el autor se está refiriendo a la formación de configuraciones o jerarquías de ideas y hábitos que dirigen dinámicamente la actividad. Al definir personalidad en estos términos se encuentra implícito también el proceso recíproco de desorganización, lo cual ocurre en la anormalidad; así por ejemplo, el individuo que se encuentra sometido a una enfermedad que cursa hacia la demencia, sufre también una desorganización de su personalidad.

– El término psicofísico nos recuerda que la personalidad pone de manifiesto la profunda unidad que existe entre el cuerpo y la mente o si se quiere entre cuerpo y espíritu.

– El concepto de sistema está aludiendo por su parte, al complejo de elementos en mutua interacción que es la personalidad. Es así como, una costumbre es un sistema, lo es también un sentimiento, un rasgo, un estilo de conducta, etc. Se trata de sistemas que pueden encontrarse activos o latentes, como ocurre con nuestras motivaciones, nuestras habilidades, etcétera.

– Los sistemas psicofísicos que conforman la personalidad han de considerarse como tendencias determinantes, en tanto motivan o dirigen una actividad o pensamiento específico.

– Los modos de conducta y los pensamientos son características de la persona; esto es, son únicos y por mucho que el pensamiento o la acción de dos amigos o incluso de dos hermanos puedan parecerse, siempre encontraremos en ellos el matiz personal de cada cual.

– Finalmente, la conducta y el pensamiento permiten que la persona se adapte a su ambiente.

Clasificaciones de personalidad

La psicología, en el tema de personalidad intenta clasificar “tipos de personas”. O sea, hace una sistematización de algunas categorías en las que pudiesen caer todos los seres humanos, pero a la vez dejando espacio para diferencias al interior de estas categorías. Revisemos las clasificaciones tipológicas.

Tipos. Uno de los más antiguos y conocidos esfuerzos que se realizaron con el fin de agrupar en ciertas categorías las distintas características de las personas, son los realizados por Hipócrates, y luego en el ámbito de la psicología, los de Kretschmer y Sheldon.

Hipócrates dividió a las personas en cuatro tipos de temperamento, a saber: colérico o irascible (irritable), melancólico o triste (deprimido), sanguíneo o decidido (optimista) y flemático (calmado). Para él, estos tipos tendrían que ver con la predomi-

nancia de alguno de los humores del cuerpo. A pesar de que esto constituye hoy un dato anecdótico, muestra que ya en aquellos tiempos se intuía lo que la ciencia actual ha ido demostrando: que los funcionamientos hormonales tienen mucho que ver con las características estables de la personalidad.

Sheldon y Kretschmer por su parte, a partir de estudios antropométricos, tratan de establecer diferentes tipos de temperamentos, asociándolos a tipos constitucionales, es decir relacionan características psicológicas con tipos de constitución física. Esta opinión o intento de categorización, se ajusta a una larga tradición de juzgar la personalidad de los demás basándonos en su aspecto exterior.

Teoría de los tipos psicológicos de Carl G. Jung. A diferencia de los autores anteriores, que utilizan criterios observables directamente (estructura corporal) para la formación de sus tipologías, Jung, entre otros, utiliza como criterios la clasificación modos de vivenciar específicos. Señala este autor que las relaciones de las personas con el mundo externo, pueden ser concebidas de dos maneras: “introversión” y “extroversión”, ambas actitudes son dos particularidades, entre las muchas de las conductas humanas.

El funcionar de un modo u otro dependerá de hacia dónde fluya la energía psíquica. En el introvertido la energía se orienta con más naturalidad hacia su vida interior, su yo, lo cual en un individuo normal se expresa en una naturaleza reservada, mediativa, reflexiva. En tanto en el extrovertido la energía fluye hacia el exterior, lo que en un individuo normal se traduce en un ser de carácter comunicativo, aparentemente abierto, que se adapta fácilmente a situaciones nuevas o desconocidas.

Nadie es completamente extrovertido ni absolutamente introvertido, puesto que los tipos varían en grado. En cada ser humano predomina uno u otro. En ocasiones privilegia la introversión y en otras es más adecuado privilegiar la extroversión, el ideal es ser capaz de adoptar la actitud más apropiada y obrar en función de un equilibrio entre las dos.

Jung (1985) define los tipos a partir de la existencia de cuatro funciones psíquicas básicas que pueden ser experimentadas de modo introvertido o extrovertido. Éstas serían mecanismos que capacitan al individuo a enfrentarse a su ambiente según su particular forma de manejar la información. Estas funciones son: pensamiento, sentimiento, sensación e intuición. Con la inclusión de estas funciones, Jung convirtió su tipología inicialmente dualista, en un sistema de ocho tipos, de los cuales Myers Briggs ha derivado 16 tipos básicos.

Tanto el pensamiento como el sentimiento son funciones racionales, ya que implican un juicio. El pensamiento tiene relación con la verdad, con los juicios que derivan de criterios impersonales, lógicos y objetivos, nos dice lo que es algo. Cuando predomina esta función estamos frente a individuos planificadores, que tratan de aferrarse a sus planes y teorías. En el caso del sentimiento, se trata de tomar una decisión de acuerdo con un juicio de valor, como por ejemplo, bueno o malo, correcto o incorrecto,

evaluando la experiencia sin necesidad de analizar el porqué, sino que nos dice si algo es agradable o no.

La sensación y la intuición son funciones irracionales en el sentido que dependen de circunstancias externas o internas y no del acto de un juicio. La sensación nos dice que algo existe, se refiere al enfoque sobre las experiencias concretas, lo que el individuo puede tocar, oler, etc. Cuando se privilegia la sensación se tiende a responder de manera inmediata. En tanto la intuición es una forma de procesar la información en términos de experiencias pasadas, metas futuras y procesos inconscientes. Las implicancias de la experiencia, lo que podría ser, son para el intuitivo más importantes que la experiencia real.

Todas estas funciones están presentes en las personas, pero algunas están más desarrolladas que otras, y el tipo funcional indica el estilo de actividad que tendemos a preferir. Nos ayuda a entender las relaciones sociales, nos dice como la gente percibe y utiliza diferentes criterios para actuar y formar juicios.

Rasgos. El criterio de clasificar las características de las personas en “tipos” no es el único que existe. El concepto de rasgo parece ser un criterio de mucha utilidad, ya que los rasgos se refieren a las características singulares de cada persona, incluyen aspectos del temperamento, adaptación, habilidades y valores. Puede pensarse que un rasgo es una dimensión continua que vincula dos disposiciones opuestas como por ejemplo *relajado-tenso*, *tímido-aventurero*; continuo en el cual las personas pueden ocupar cualquier posición.

A este enfoque se han adherido varios autores dentro de los cuales los más conocidos son G. Allport, R.B. Cattell, H.J. Eynsenck y M. Wiggins.

Mediciones de la personalidad

Una de las razones que han motivado la construcción de distintas escalas para evaluar la personalidad ha sido la necesidad de conseguir información que ayude a resolver problemas prácticos. Éstas son utilizadas, por ejemplo, para asesorar a las personas en la elección de carrera, en la comprensión de sus propias dificultades en sus relaciones con los demás. Otro objetivo importante de los tests de personalidad es la investigación básica. Midiendo diferentes aspectos de la personalidad, los investigadores buscan diferencias y semejanzas entre individuos y grupos, miden la efectividad de varios tipos de psicoterapias, indagan cambios de la personalidad que ocurren a lo largo de la vida y buscan la relación entre la personalidad y diferentes tipos de conducta.

Test objetivos o cuestionarios. La característica principal del test objetivo es que consiste en una serie de preguntas estandarizadas, que requieren de respuestas cortas, que pueden ser contestados por escrito y no requieren de una conversación. Han sido muy utilizados ya que para su aplicación e interpretación no se requiere el nivel de experticia

necesario para el manejo de otras medidas de personalidad. Entre los tests más utilizados se encuentran el MMPI y el cuestionario de 16 factores de Cattell (16 PF).

El MMPI nació como un intento de estandarizar el diagnóstico psiquiátrico y consiste en un conjunto de escalas formadas por distintos ítems que tienen por finalidad medir diferentes aspectos de la personalidad como por ejemplo: descubrir actitudes, intereses, síntomas psiquiátricos, formas de reaccionar, etc. Algunas de las preguntas del MMPI son: "Tengo pocos temores comparados con mis amigos", "Alguien no me quiere", "Todo sabe igual", frente a las cuales se debe responder con verdadero o falso.

El 16PF está constituido por una serie de preguntas ante las cuales la persona debe responder con afirmaciones como: "pocas veces", "a menudo", "nunca". La prueba de Cattell permite a los psicólogos construir los perfiles de personalidad de los distintos grupos como, por ejemplo, las cualidades básicas de grupos de pilotos, artistas, etcétera.

Test proyectivos. Éstos constituyen técnicas donde el estímulo que se le presenta al sujeto es inestructurado, lo que permite una mayor variación en las respuestas, llevando a una mejor individualización. Tratando de esta manera de describir qué y cómo piensa una persona, tanto a nivel consciente como inconsciente. Se le presentan a las personas estímulos ambiguos como palabras, manchas de tinta, representaciones de escenas, juguetes, entre otros, lo cuales debe interpretar y es así como, a partir de esta interpretación, se puede conocer su manera de pensar, sus necesidades, ansiedades, temores, etc., es decir, su personalidad.

Entre los instrumentos más conocidos y utilizados se encuentran el test de Rorschah (manchas de tinta), el test de Relaciones Objetales de Phillipson y el test de Apercepción Temática o TAT para adultos y CAT-A para niños, el test de Asociación de palabras y el test de Luscher que se basa en la preferencia de algunos colores por sobre otros.

Entrevista. La entrevista es una de las herramientas más utilizadas en los distintos ámbitos de la psicología y consiste en formular una serie de preguntas al examinado con el fin de obtener información respecto a su vida, síntomas y dificultades y, al mismo tiempo, permite formarnos una imagen respecto a su apariencia, forma de desenvolverse, de expresarse tanto verbal como emocionalmente, habilidad social, etcétera.

NORMALIDAD Y ANORMALIDAD

Ramón Florenzano

La definición de los conceptos de normalidad y anormalidad es un tema complejo y polémico no sólo en el campo psicosocial, sino en cualquier capítulo de la medicina clínica. Especial es la dificultad en la definición clínica de comportamiento o persona-

lidad normal, ya que se liga al tema de la existencia de la psicopatología como ciencia: para definir lo anormal, requerimos saber lo que es normal. En el siglo pasado este tópico llevó a controversias desde los puntos de vista más patologizantes, que encontraban síntomas por doquier, hasta la actitud denominada “anti-psiquiátrica”, que planteó que la enfermedad mental era un mito creado por la sociedad para deshacerse de los puntos de vista de sus miembros más rupturistas. En lo que sigue se revisan algunas de las aproximaciones más habituales al respecto, encontrando entre los tipos más utilizados los siguientes:

– *Normalidad como salud.* En este plano se hacen sinónimos normal con sano y anormal con enfermo. La normalidad sería entonces la ausencia de enfermedad; la presencia de esta coincidiría con lo anormal. Uno está enfermo si tiene síntomas de resfrío, bronquitis, o depresión. Uno está sano si no experimenta quejas de ningún tipo, y si un cuidadoso chequeo físico y de laboratorio tampoco detectan anomalías.

– *Normalidad como utopía.* En este caso, se define un estado óptimo normal, al cual debemos tender, sabiendo que es muy difícil llegar a ese estado. Normal se transforma en sinónimo de perfección. En pediatría se hace habitualmente un “control de niño sano”, en el cual se mide, pesa al niño y se contrastan estas mediadas con cartas de desarrollo pondero-estatural, que fijan las medidas ideales de un niño de cierta edad.

– *Normalidad como promedio estadístico.* Esta aproximación cuantitativa busca determinar lo más habitual o frecuente en la población en relación a una comparación. La epidemiología clínica tiende a utilizar este punto de vista, donde se confunden normal con lo más prevalente en un momento dado en un grupo humano. En psicología se mide la inteligencia de un sujeto, aplicándole tests que lo comparan con grupos grandes previamente medidos, para cuantificar su puntaje de capacidad intelectual.

– *Normalidad como equilibrio dinámico transaccional a lo largo del ciclo vital.* Esta visión, más compleja, mira lo normal como un equilibrio que se logra a lo largo de la vida, y que será diferente dependiendo del momento del ciclo vital y del contexto sociocultural de la persona.

Revisaremos ahora en más detalle estas cuatro aproximaciones.

Normalidad como salud. La visión de normalidad como ausencia de enfermedad es la más habitual en la práctica clínica médica. Tal como ya se dijo, se utiliza una relación analógica entre normalidad y salud, y anormalidad y enfermedad. Se tiende a hablar en metáforas: “esa actitud es poco sana” implica que la persona está haciendo algo inhabitual en su cultura, y que puede llevar a consecuencias negativas. En la medida que estemos conscientes de que estamos hablando analógicamente, esto no es problemático. Si se toma al pie de la letra, caemos en los errores de todos los univocismos, pensando que realmente existen sociedades enfermas, o bien actitudes sanas. Otro problema que surge es el de las definiciones negativas: la salud se define como ausencia de enfermedad:

la enfermedad a su vez es una carencia. Por ejemplo, la ceguera es falta de visión: la ausencia de ceguera, o sea la visión normal, sería así definida tautológicamente, como la carencia de una ausencia, lógicamente un doble negativo. Caemos así en un razonamiento circular. Otro problema que surge con esta definición es la de los cuadros subclínicos. Se puede estar enfermo sin tener síntomas como, por ejemplo, en el caso de una persona que tiene una carie indolora: tiene un problema objetivo, pero no le duele. Es el mismo caso de algunas enfermedades crónicas en sus períodos iniciales asintomáticos: en la diabetes o en la hipertensión la persona tiene señales de laboratorio o signos clínicos de la enfermedad, como una hiperglicemia o cifras tensionales elevadas, pero no presenta todavía síntomas. Hay pues ausencia de síntomas, pero presencia de signos. En definitiva, la relación entre salud y enfermedad es una gradiente, más que en un fenómeno dicotómico en todo o en nada. Más que blanco o negro, existen matices de grises con respecto al continuo salud-enfermedad.

Normalidad como utopía. Esta definición corresponde a una ficción ideal de la personal totalmente sana, equilibrada, madura y estable. Muchos han señalado que la definición de normalidad psíquica es ideal, y en el sentido etimológico *utópica* (una utopía es una situación que no tiene existencia real en ninguna parte: de *u* = desconocido; *topos* = lugar). Por ejemplo, para Freud el Yo normal no existe, y todos usamos algún mecanismo de defensa en mayor o menor medida. El mismo Freud, sin embargo, arriesgó una definición de salud mental, diciendo que es la “capacidad de trabajar, amar (*lieben und arbeiten*)”. Un importante psicólogo del siglo XX, Carl Rogers, agregó a la definición de Freud: “y jugar”, sumando al punto de vista freudiano la necesidad de saber relajarse y descansar, la capacidad de jugar.

En todo caso, esta visión utópica tiene utilidad como patrón de comparación o como objetivo. En la tradición cristiana de Occidente, la figura de Cristo ha sido vista como prototipo de la salud y equilibrio. Tomás de Kempis, en su *Imitación de Cristo* desarrolló la idea de que el crecimiento espiritual de todo cristiano es un camino de identificación con la figura de Cristo. Los mecanismos psicológicos que llevan a imitar a una figura señera tienen pues importancia en el desarrollo de los individuos, y las utopías pueden convertirse en realidades, tanto individuales como sociales. Los constructivismos sociales operan también así: modelan una sociedad como creen que tiene que ser, y luego tratan de cambiarla en el sentido del modelo.

Normalidad como promedio estadístico. Esta definición se basa en la concepción de la estadística matemática y la curva gaussiana, que demuestra cómo diferentes características se transforman en distribuciones estadísticamente normales. Esta aproximación ha sido progresivamente utilizada en la medida que la ciencia experimental ha insistido en la cuantificación de los datos, y que predominan cada vez más las aproximaciones empíricas: la medicina basada en la evidencia actual es un ejemplo claro de ello. En psicología esta aproximación es especialmente nítida en algunos casos como, por

ejemplo, en la inteligencia cognitiva. Desde Binet y Simon a fines del siglo XIX, se ha podido constatar que la capacidad intelectual puede operativizarse en constructos como el cociente intelectual (CI), donde por definición los individuos se agruparán en aquéllos de inteligencia promedio (por definición un CI entre 90 y 110, en promedio 100), aquéllos de inteligencia subnormal (bajo 90) y los superdotados (sobre 120). De esta agrupación que parte de los resultados de tests con definiciones operacionales aplicadas a grupos amplios de sujetos, se llega a estudiar luego las consecuencias conductuales que se encuentran en los grupos extremos de la curva de Gauss: se pueden hacer descripciones clínicas de características de los distintos grados de retardo mental, por ejemplo. Otro caso sería el de la depresión: la severidad de los cuadros depresivos se puede cuantificar mediante diversas escalas, tales como las de Hamilton, Zung, etc. Estas escalas son útiles para medir la evolución clínica de los cuadros depresivos, y el impacto de los tratamientos realizados sobre las depresiones.

Ahora, hay dificultades para generalizar este criterio, que no se puede aplicar a todos los casos. Por ejemplo, aunque en algunos países europeos la mayoría de los matrimonios terminen en divorcio, esto no hace normal divorciarse; si en una comunidad el robo fuera prevalente, tampoco sería una conducta normal. El que algo sea aceptado por una mayoría, no lo hace necesariamente normal. En todo caso, no se puede minimizar la importancia actual de las aproximaciones cuantitativas: cada vez más, todas las áreas del quehacer clínico se han aplicado con creciente eficacia.

Normalidad como equilibrio dinámico. Esta aproximación se inserta dentro de la teoría de los ciclos vitales. En esta perspectiva, la normalidad es un fenómeno variable a lo largo del ciclo vital de cada persona, existiendo una amplia gama de posibilidades de adaptación individual, dependiendo de las características fluctuantes del entorno. Este hecho se liga también a los procesos de maduración biopsicosocial a lo largo de la vida: desde la perspectiva del desarrollo, los sujetos nacen en cierto nivel de maduración, y progresan a lo largo de un conjunto de etapas para llegar a un grado mayor de equilibrio en la medida que transcurre la vida.

Entre los ejemplos de la aplicación de este criterio se encuentran los trastornos de atención de la niñez, que generalmente desaparecen al llegar a la adolescencia. En este y otros casos, la maduración implica la superación de situaciones anormales que se atribuyen a inmadurez del sistema nervioso central. Otro ejemplo sería el de la maduración psicosexual, que se liga a la aparición de síntomas de diverso tipo, tales como dificultades en la relación de pareja o en la relación sexual propiamente tal. Finalmente, en el caso de la conducta anti-prosocial hay una variabilidad de las actitudes de niños y adolescentes en la medida que progresan en su crecimiento y desarrollo.

En este caso, se dice que en la normalidad y salud mental se aplica un criterio normativo, que no es el de la normalidad estadística, sino uno cualitativo, en el que se hace un juicio prudencial en cada caso en relación a como se encuentra un sujeto en un momento dado de su ciclo vital y en relación a su equilibrio con el entorno familiar y sociocultural.

Normalidad y salud mental

En toda la elaboración previa, se ha relacionado la normalidad con el concepto de salud. En el caso de los cuadros psiquiátricos, esta relación se aplica a la psicopatología y la salud mental. A continuación se revisan algunas de las definiciones de salud mental más habituales. Ya mencionamos la clásica definición freudiana (capacidad de amar y trabajar) con el agregado de Rogers: y jugar. Hay una gran variabilidad sociocultural de los criterios de salud mental. En diversas sociedades y momentos históricos lo que se considera sano puede ser visto como enfermo posteriormente. Un ejemplo es el de Juana de Arco en Occidente: en un momento distinto a la lucha de los franceses para detener la expansión de los ingleses en el continente, expansión que había sido aceptada por la corona francesa por razones familiares, la conducta de la doncella de Orléans (oir voces de procedencia divina) pudiera haber sido vista como psicótica. En ese momento tuvo un rol histórico importante para dirigir la contra-ofensiva gala. Hoy los franceses la admiran como Santa Juana. Éste y otros ejemplos avalan la necesidad de evaluar la salud mental dentro del contexto sociocultural.

Normalidad y cultura

No sólo en culturas diversas hay que tomar en cuenta la definición prevalente de normalidad. En muchas situaciones coexisten diversas subculturas, o cosmovisiones a veces incompatibles. Hoy en Occidente coexisten dos cosmovisiones, una cristiana y otra pagana. La importancia dada al consumo económico y al éxito externo se oponen a la centralidad en el Occidente cristiano de valores tales como la humildad, la solidaridad y la preocupación por la salvación y la inmortalidad del alma. Coexisten hoy visiones centradas en el hedonismo y satisfacción de las necesidades sexuales, de poder o agresión de parte de ciertos grupos subculturales. La definición de la normalidad de una conducta deberá entonces entenderse en términos del subgrupo cultural dentro del cual se ha desarrollado un sujeto dado.

Los antropólogos han elaborado lo anterior haciendo la distinción entre explicaciones nomotéticas e ideográficas. Las primeras se refieren a la norma cultural, y las segundas a las características del desarrollo individual o personal; o sea, estamos privilegiando el análisis sociológico *versus* el biopsicológico de los casos. Estas situaciones se aplican especialmente a los trastornos psiquiátricos. Ha existido una amplia variabilidad histórica de la visión de las enfermedades mentales: desde una concepción mágico-religiosa, en la cual los trances epilépticos eran mirados como mensajes de los dioses que conferían carácter sacerdotal a quienes los experimentaban, pasando por la idea de que los locos estaban endemoniados, poseídos por espíritus malignos hasta llegar a la visión racionalista de la enfermedad mental como pérdida de capacidades cognitivas. Por ello, se han elaborado diversos criterios de salud mental. Se revisan a continuación los planteados por dos autores recientes: Rosenhan y Seligman. Éstos son:

– *Sufrimiento o malestar psíquico*. Esto se refiere a la presencia de síntomas ansiosos, depresivos, insomnio o alguna otra evidencia de malestar emocional. Un porcentaje importante de la población experimenta síntomas psicológicos de algún tipo a lo largo de la vida. La intensidad del sufrimiento determinará que la persona busque ayuda profesional.

– *Inadaptación conductual o social*. Este criterio, funcional, se refiere a la dificultad de adaptarse a las normas de un sistema escolar, de un trabajo, de la familia o de la sociedad en general. Cuando se da esta falta de adaptación, se considera que no hay suficiente salud mental.

– *Irracionalidad e incomprensibilidad*. Este criterio se refiere a la falta de lógica o de claridad sea en el lenguaje, o en los comportamientos del individuo. Desde la perspectiva racional, la carencia de salud mental se análoga aquí con la falta de comprensión intelectual acerca de las conductas o procesos mentales del sujeto.

– *Impredecibilidad*. Este criterio, cercano al anterior, se refiere a la variabilidad o a lo sorpresivo o inesperado de los comportamientos de la persona. Cuando las reacciones de éste son excéntricas o poco adecuadas al contexto, surge la dificultad para considerar al sujeto como mentalmente sano.

– *Intensidad y falta de convencionalidad de las vivencias*. La descripción hecha por el individuo acerca de sus experiencias subjetivas, hace que éstas aparezcan como bizarras, especiales, distintas a la de la mayoría. De aquí se infiere que éste no está mentalmente bien.

– *Malestar del observador*. Este criterio es simétrico o en espejo con el anterior: en vez de centrarse en las vivencias del sujeto, se focaliza en las del observador, quien se siente molesto, incómodo o extraño interactuando con el sujeto. Desde la perspectiva psicoanalítica, hablamos de reacciones contratransferenciales, las que desde los sentimientos evocados en el entrevistador se pueden reconocer situaciones del sujeto bajo estudio.

– *Violación de normas morales o sociales*. Este último criterio se refiere a la falta de observancia de códigos sociales, legales o éticos en la conducta del sujeto. Si bien hay aquí variabilidad cultural, existen situaciones en las que el comportamiento se aparta tanto de la expectativa o norma, y que sólo pueden explicarse por falta de salud mental. En muchas conductas sociopáticas encontramos esta situación.

Criterios positivos de salud mental (Marie Jahoda)

Los criterios anteriores se refieren a falta o carencia de salud mental: estamos pues en el terreno de la salud como ausencia de enfermedad, como el tipo de razonamiento circular antes descrito. Diversos autores, entre ellos Marie Jahoda, se han aproximado al tema desde la mirada opuesta, preguntándose cuáles son las características del comportamiento

de los sujetos sanos, en una concepción positiva de la salud mental. Entre estos criterios se encuentran:

– *Actitud positiva.* Esto se refiere a la visión clásica de la normalidad como búsqueda de la felicidad, o en términos aristotélicos, de la *eudamonia*. El sujeto que mira positivamente a su entorno, a su futuro, a su familia, que tiene una actitud optimista que ve los problemas como desafíos a ser superados, o como obstáculos que hacen interesante la vida, tiene mejor sobrevida y menos cuadros mórbidos de acuerdo a diversos estudios, como los recientes de Diener.

– *Crecimiento y desarrollo.* En una visión de psicología (y psicopatología) evolutiva, la maduración del sujeto es importante, y se logra con el correr del tiempo. En esta visión cronológico-sistémica, se considera que la persona va dando sucesivos pasos, y enfrentando tareas propias de cada etapa del desarrollo. En la medida que supera estas tareas adecuadamente, progresa a la etapa siguiente. La salud mental es entonces un signo de una progresión adecuada a lo largo del ciclo vital.

– *Autonomía.* Este criterio se centra en la capacidad del individuo de enfrentar con sus propios recursos tanto internos como externos los problemas que trae la vida, sin tener que recurrir excesivamente sea a la familia, sea a redes sociales de apoyo. Mientras más sano mentalmente es el sujeto, menos dependiente será de su entorno cercano.

– *Exactitud de la percepción.* En este caso, el foco está en la concordancia entre los estímulos externos y la interpretación que de ellos hace el sujeto. Mientras menor distorsión por razones emocionales exista de los datos externamente percibidos, más sana será la persona. Los criterios ligados al juicio de realidad utilizados en examen mental en psiquiatría, que sirven para diferenciar los procesos psicóticos (en los cuales esta distorsión es máxima) y los neuróticos (en las cuales la alteración del juicio de realidad es menor) se ligan a este criterio.

– *Competencia ambiental.* La capacidad del sujeto no sólo para interactuar adecuadamente con el medio externo, sino para obtener de éste el tipo de respuestas o recursos que requiere para suplir sus necesidades tanto materiales como emocionales, se toma aquí en cuenta.

– *Relaciones interpersonales.* Ésta es una forma especial del criterio anterior. En un ser gregario como es el hombre, uno de los elementos cruciales del contexto externo son los sujetos que rodean a la persona. La capacidad de establecer relaciones adecuadas tanto dentro como fuera de la familia, tanto en el desempeño laboral como con los amigos, tanto en el plano social como en el sentimental, son factores importantes en una visión positiva de la salud mental.

BIBLIOGRAFIA

Allport G. La personalidad: su configuración y desarrollo. Barcelona: Herder, 1973.

Davidoff L. Introducción a la Psicología. Madrid: McGraw-Hill, 1990.

Dorsch F. Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder, 1985.

Florenzano R. Trastornos de personalidad. En: Heerlein A. Psiquiatría Clínica. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Chile y World Psychiatric Association 2000: 513-41.

Jung CG. Tipos Psicológicos. 11^{ra} ed. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1985.

Papalia D. Psicología. Madrid: McGraw-Hill, 1996.

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

Beatriz Zegers

Antecedentes históricos

La psicología del desarrollo es una rama de la ciencia psicológica que tiene una larga historia, pero un corto pasado. En efecto, exceptuando a los griegos, durante siglos se consideró que los niños eran adultos en miniatura, si bien más pequeños, más débiles y menos capaces. Aún los artistas no se daban cuenta de que los niños eran diferentes de los adultos, con proporciones corporales y faciales también distintas, lo que persistirá hasta el siglo XIII, época en que comienzan las pinturas a mostrar a los niños tal como eran. La historia también nos dice, a través del relato de sus costumbres, que los niños eran vestidos como adultos. Tampoco se distinguía entre las distintas etapas del desarrollo.

El concepto de *adolescencia* es aún más reciente, comienza a surgir en el siglo XIX, lo cual no significa decir que la adolescencia no existía como etapa antes de que se formulara este concepto. S. Hall (1916) fue el primer psicólogo en publicar un libro sobre el tema. Este mismo autor, en 1922, realiza un nuevo aporte a la Psicología del Desarrollo, al publicar el libro “Senescencia: la segunda mitad de la vida”, aun cuando ya en el siglo XIX hubo personas interesadas en estudiar la relación entre edad y creatividad y también las diferencias individuales en relación con la edad.

Concepto de desarrollo

La psicología del desarrollo es una ciencia que estudia los cambios y transformaciones que ocurren en un individuo a lo largo de su vida, entrega los patrones normativos que señalan el momento en que se debe esperar un cambio, así como los modos de sentir, pensar y actuar, característicos de las distintas etapas del desarrollo.

El desarrollo por lo tanto, es un proceso dependiente del tiempo y si bien consiste en cambios intraindividuales, no todos los cambios que se observan en las personas son cambios del desarrollo. Tienen que cumplir los atributos de ser cambios *universales*, es decir, son comunes a todos los individuos de la especie; se trata de transformaciones

irreversibles, en cuanto constituyen un paso en la formación de la personalidad. Se puede decir que una vez que un cambio se ha producido, su pérdida representa deterioro, involución (ej.: desintegración del pensamiento lógico debido a un proceso de demencia); las regresiones indicativas de algún grado de patología o conflicto (ej.: pérdida del control de esfínteres debido al nacimiento de un hermano), o pueden ser estrategias de adaptación más complejas que suponen un mayor nivel de desarrollo (ej.: regresiones creativas al servicio del yo, como ocurre en los procesos creativos). Finalmente, los cambios de desarrollo son de naturaleza *cualitativa*, es decir son transformaciones que implican reorganizaciones en el sistema del comportamiento a diferencia del mero crecimiento o aumento cuantitativo (ej.: en el desarrollo del lenguaje se advierte que el niño inicialmente sólo emplea el sustantivo, constituyendo la “frase de una palabra”, para luego pasar a la “frase de dos palabras”, incorporando el verbo, lo cual lleva implícito una comprensión causal y de la realidad diferente).

La *secuencia genética invariante* es otro concepto fundamental del desarrollo. Se refiere a la ordenación sucesiva de las transformaciones en el tiempo; no a la relación entre transformaciones y edad cronológica del niño. Significa que la transformación B está siempre después de la A y antes de la C. Si observamos, por ejemplo, el comienzo de la marcha en el niño, veremos que antes de dar sus primeros pasos ya ha gateado o se ha arrastrado, y que sólo después de dominar la conducta de caminar, podrá aprender a subir escaleras. Desde otro punto de vista, se constata que algunos niños dan sus primeros pasos antes de cumplir el año, otros lo hacen poco antes de cumplir los dos años, existiendo por tanto una cierta relación entre edad y apareamiento de las diversas transformaciones, la cual es muy útil como dato normativo estadístico para detectar eventuales problemas.

Teorías del desarrollo

Para explicar cómo y porqué se produce el desarrollo humano, los psicólogos se han valido de diferentes teorías, perspectivas y puntos de vista. Entre ellas se pueden destacar:

Teorías maduracionales. Éstas se basan en la idea de que el desarrollo refleja el desenvolvimiento de características genéticamente establecidas y por lo tanto, una determinada conducta sólo aparecerá cuando hayan madurado los órganos y las conexiones neuronales que posibilitan su emergencia. Así por ejemplo, Gessell (1929) si bien admitía que el aprendizaje y la práctica desempeñaban un papel en el desarrollo, creía que su importancia era menor si se comparaba con el natural despliegue de características heredadas en la infancia. Las normas construidas por él que describen la secuencia del desarrollo motor, visual, del lenguaje y conducta personal social se emplean hasta el día de hoy. Debe decirse que actualmente las explicaciones que se centran en la herencia y la maduración como causa del desarrollo, se aplican a ciertos aspectos, por ejemplo, el

desarrollo neurológico o los procesos madurativos sexuales, etc.; aunque también se sabe que la experiencia y el ambiente desempeñan un papel fundamental en el desarrollo.

Teorías del aprendizaje. Éstas enfatizan el papel de la experiencia y afirman que el comportamiento es aprendido. El recién nacido es visto como una tabla rasa o una forma que se moldea a partir de la estimulación ambiental, nace preparado para reaccionar a los estímulos del medio, pero tiene escasa capacidad para organizar dicha estimulación. Las teorías del aprendizaje han propuesto y descrito los mecanismos que darían cuenta de los cambios en la conducta y comportamiento.

Así por ejemplo, los mecanismos del condicionamiento clásico descubiertos por Pavlov (1927), se encuentran en la base de los trabajos realizados por psicólogos como Watson (1920), quien demostró cómo las emociones podían ser objeto de condicionamiento. Es así como los niños aprenden a temer, también pueden aprender a no hacerlo.

Los mecanismos del condicionamiento operante, describen aquellos procesos de aprendizaje que ocurren debido a las consecuencias que siguen a una conducta (refuerzo o castigo). Ambos procedimientos desempeñan un importante papel en el aprendizaje de nuevas conductas, pero también en la modificación de conductas cuando ellas resultan desadaptativas, existiendo diversas técnicas que se basan en estos principios y que se usan en el trabajo clínico terapéutico, en la rehabilitación y también en situaciones de enseñanza-aprendizaje.

Dentro de las teorías del aprendizaje se encuentran también las teorías del aprendizaje social, las cuales plantean que hay muchos aprendizajes que se producen, no por una manipulación deliberada de premios y castigos, sino por la observación e imitación de las conductas que realizan otras personas. Bandura (1977) es uno de los psicólogos pioneros de la investigación en este campo y ha estudiado por ejemplo, cómo la observación de modelos agresivos en películas de monos animados, aumenta la agresión en niños preescolares, si son sometidos a situaciones de moderada frustración.

Teorías cognitivas. Una aproximación cognitiva en psicología enfatiza la importancia de la persona como conocedora. La capacidad de interpretar significados, de resolver problemas en forma creativa, de sintetizar la información, de analizar críticamente las situaciones, son ejemplos de fenómenos y procesos cognitivos.

La psicología del desarrollo cognitivo ha sido fuertemente influida por los trabajos de Piaget (1969), quien basándose principalmente en la cuidadosa observación de sus tres hijos, formula una teoría del desarrollo de la inteligencia. Con posterioridad se preocupará de estudiar el desarrollo en las subsiguientes etapas de la vida, distinguiendo formas de pensamiento características para cada una de las etapas, las cuales serían la expresión de cambios en la estructura mental y se evidenciarían en las estrategias cognitivas empleadas en la resolución de problemas.

La teoría cognitiva del desarrollo comprende tres grandes períodos. El primero, llamado el período *sensorio motor*, caracteriza la modalidad de interacción del lactante

con su ambiente y se extiende desde el nacimiento hasta aproximadamente el año y medio de vida. Se trata de un período en el cual no existe actividad mental independiente de la acción práctica y las interacciones del niño con la realidad son de naturaleza sensorial (oír, ver, tocar, etc.) y motora (succionar, chupar, tomar, etc.). Piaget divide el período sensorio motor en seis estadios, sin embargo, entre el 5^{to} y 6^{to} estadio ocurre la transición al período representativo, al surgir en el niño la capacidad de tener una imagen mental o representación interna de los objetos y de las acciones.

Con la aparición de la capacidad representativa se inicia el segundo período, llamado también *pre-operatorio* y que se extiende desde aproximadamente los 2 años hasta los 6 ó 7 años. Durante este período el niño desarrolla la habilidad para usar símbolos (imagen mental de los objetos) y signos (lenguaje).

El tercer período es el *operatorio*, distinguiendo dentro de éste el *operatorio concreto*, que se extiende desde los 6 años hasta los 11 ó 12 y el segundo, *operatorio formal*. Lo propio del pensamiento operatorio es su organización lógica, la cual consiste en una suerte de modelo mental que le permitirá al niño, considerar los distintos aspectos de la realidad y coordinarlos, ligarlos lógicamente, según principios generales y atributos esenciales y constituye una captación objetivada de la realidad. El pensamiento del niño de la edad escolar es un pensamiento lógico concreto porque sólo se aplica a situaciones concretas o que tienen un referente concreto, a diferencia del pensamiento formal que es un pensamiento eminentemente abstracto, que se orienta a lo posible y tiene un carácter de hipótesis susceptibles de contrastación.

La psicología del desarrollo cognitivo ha influido también en el estudio del desarrollo moral, en especial sobre el desarrollo del razonamiento moral, esto es, el tipo de pensamiento que emplean niños y adultos enfrentados a problemas que implican un dilema ético. En esta área, además de los aportes realizados por Piaget, se encuentran los de Kohlberg (1969, 1973) y más recientemente de Gilligan (1982).

Kohlberg, al igual que Piaget, distingue tres grandes períodos dentro del desarrollo del razonamiento moral. El período *pre-convencional* se caracterizaría por la ausencia de un criterio interno o norma, a partir del cual juzgar un problema con implicancias éticas; el niño juzga en función de criterios externos, tales como si la conducta que se realiza será o no castigada, predominando la noción que el “niño bueno es aquél que es obediente”. En el período *convencional*, el razonamiento moral se funda en normas y principios que el niño ha introyectado y que dan forma a la conciencia moral; el comportamiento del niño en este período se orienta por un criterio de bien aceptado por la mayoría, impera en él la noción que “ley pareja no es dura”. El período *post convencional* y que emerge hacia finales de la adolescencia, reconoce la naturaleza discrecional de las convenciones y leyes sociales, de allí que se oriente a partir de principios de valor universal, asumiendo la persona la responsabilidad por sus acciones.

Por su parte, los trabajos de Gilligan son importantes por cuanto cuestionan las formulaciones teóricas de Kohlberg, basadas en estudios realizados con muestras sólo masculinas y que lo llevan a elaborar un modelo ético basado en la justicia. Gilligan

señala que los criterios de juicio moral en las mujeres se encuentran mucho más vinculados a un modelo ético basado en la conservación de la vida. Esta autora propone, al igual que Kohlberg, una secuencia del desarrollo moral.

Teorías psicodinámicas. Las teorías psicodinámicas se han preocupado por estudiar el desarrollo humano desde el punto de vista de la personalidad, preocupándose por entender y explicar el desarrollo humano a partir de considerar las experiencias tempranas, en especial aquéllas emocionales, otorgándole gran valor a los fenómenos motivacionales. Si bien existen distintas teorías psicodinámicas, sin duda destacan dentro de ellas las psicoanalíticas.

Una de las contribuciones más relevantes de Freud al estudio del desarrollo humano radica en la importancia que le dio a las experiencias tempranas en la formación de la personalidad y en la influencia que estas experiencias tienen en la conducta del adulto. Así también destacó la relevancia de la sexualidad infantil. Erikson (1968) es otro autor, cuyo trabajo ha sido fuertemente influenciado por los planteamientos freudianos y quien ha descrito el desarrollo emocional desde la perspectiva del ciclo vital, lo que hace a su teoría particularmente valiosa.

Métodos de la psicología del desarrollo

La psicología del desarrollo utiliza diversos métodos para estudiar el desarrollo humano. Éstos son: longitudinal, transversal, comparativo y experimental; éste último no se discute en el presente artículo, ya que la aplicación del método experimental en psicología del desarrollo requiere de ciertas adaptaciones.

Método longitudinal o de seguimiento. Este método estudia el desarrollo humano en un período de tiempo y permite pesquisar cambios y transformaciones que ocurren en un segmento de la vida del individuo, aún cuando idealmente deberá abarcar toda la vida. Es el método por excelencia en psicología del desarrollo ya que permite establecer *secuencias psicogénicas* y *pesquisar los cambios de desarrollo*. Tuvo como punto de partida la introducción del método biográfico por Darwin, en el siglo XIX.

Método transversal. Se trata de un método que estudia el desarrollo en un momento del continuo temporal y fenómenos particulares. Se emplea fundamentalmente cuando se desea establecer *normas de desarrollo*, ya que el establecimiento de las mismas supone el empleo de grandes muestras, lo cual resulta muy costoso de implementar en un estudio de corte longitudinal.

Método comparativo. La psicología del desarrollo implícitamente conlleva un juicio comparativo, por cuanto pesquisar un cambio o transformación requiere de una

comparación, de allí que existen estudios comparativos tanto longitudinales (se evalúan a los mismos individuos al menos en dos oportunidades), como comparativos transversales (se evalúan muestras independientes de individuos). Los estudios transculturales son un buen ejemplo del método comparativo.

El concepto de ciclo vital y su desarrollo histórico

Ramón Florenzano

La idea de que la vida humana está conformada por etapas sucesivas existe desde antiguo tanto en la tradición occidental como oriental. El Cristianismo la ha consagrado en su visión de la vida como un camino o peregrinaje. En el Hinduismo se han descrito etapas del desarrollo humano, que se suceden inexorablemente unas a otras, en una concepción determinística del destino. Romano Guardini es un filósofo alemán que ha descrito esta secuencia en forma muy clara y comprometida, mostrando cómo se presenta la exigencia del bien en cada momento de la vida.

Las descripciones anteriores alcanzaron estatus científico con los estudios de Erik Erikson acerca de las edades del hombre, que se despliegan siguiendo una secuencia determinada por el denominado “principio epigenético”. Este principio plantea que cada etapa del desarrollo humano está guiada por un “orden natural interno”, que actúa como una preprogramación biológica que interactúa con el medio ambiente tanto físico como ambiental. En cada cultura, estas etapas serán atravesadas en forma diferente, así como dentro de la misma cultura en un momento histórico dado, cada individuo tendrá una biografía diferente. Un segundo aporte importante de Erikson es su idea de la “crisis vital normativa”, que se refiere a los desafíos o tareas propios de cada etapa. Cada crisis lleva a un desenlace exitoso, que posibilita nuevos desarrollos, o negativo, lo que genera detenciones de éste, y que puede generar enfermedades físicas o psicológicas. La aparición de patología es entendida como un fracaso en esta espiral o escala del desarrollo. Otros autores estudiaron luego en detalle las subetapas del ciclo vital del individuo adulto así como de la familia, las cuales hemos elaborado en otras publicaciones. Se resumen a continuación las características esenciales de cada una de ellas.

Lactancia. El niño al nacer pasa desde el medio intrauterino, en el cual está directamente conectado al organismo materno a través de la placenta, a otro en el cual pierde la cercanía y calidez de esta proximidad. Sin embargo, sigue dependiendo directamente de la madre para sobrevivir biológicamente. La indefensión absoluta en la cual nace el ser humano es suplida por la cercanía de una figura materna que lo alimenta y vela por sus necesidades, de un padre que complementa el rol de la madre, y por una estructura familiar que rodea y sustenta a ambos. La familia es a su vez apoyada por sistemas de apoyo social y estructuras socioculturales que dan continuidad y estabilizan los sistemas de crianza infantil. El vínculo madre-hijo requiere por lo tanto un equilibrio delicado: cuando

éste se obtiene, en la conceptualización de Erikson, el niño adquiere una “confianza básica” en su medio circundante, y una actitud esperanzada y optimista con respecto a su vida. En el caso de discontinuidades o dificultades de una u otra índole (como por ejemplo, alejamiento o depresión maternas), se puede crear una actitud básica de desconfianza, suspicacia, o pesimismo en relación al medio ambiente, y aparecer vulnerabilidad para futuras psicopatologías. Esta relación inicial del niño con su medio ambiente tiene como foco anatómico la boca, a través de la cual se incorporan los alimentos proporcionados por la madre o sustitutos maternos: este hecho ha hecho que Freud denomine a este primer período etapa *Oral*, y que Erikson hable de una etapa *Incorporativa*.

Desde un ángulo diferente, autores tales como Chess y Thomas han estudiado las diferencias temperamentales o innatas que existen entre los recién nacidos. Hablan estos autores de los niños “fáciles” que tienen reacciones estables y ánimo parejo, de otros “difíciles”, que tienden a irritarse fácilmente y a presentar cambios bruscos de estados de ánimo. Una tercera variedad descrita por ellos es el niño “lento en adaptarse”, que después de una reacción negativa inicial se calma si es manejado adecuadamente por la madre. Margaret Mahler ha señalado cómo en este período se produce el denominado por ella “nacimiento psicológico” de la persona. Éste, a diferencia del nacimiento biológico, es un proceso lento en el cual se avanza desde una simbiosis inicial con la madre, a través de un proceso de separación/individuación, hasta adquirir la convicción psicológica de ser alguien aparte de la figura materna.

Los procesos recién descritos tienen gran variabilidad no sólo biológica sino cultural. Los estudios antropológicos de Margaret Mead y Ruth Benedict han demostrado cómo las costumbres de crianza temprana de diferentes tribus afectan en forma importante las estructuras caracterológicas y estilos de vida que adoptan posteriormente los individuos. Así, por ejemplo, cuando hay una lactancia prolongada se desarrolla un individuo más optimista y una actitud confiada en que el medio ambiente proveerá lo necesario para subsistir.

Etapas muscular o segunda infancia. En el período de los dos a cuatro años de edad aproximadamente, se produce la maduración neurológica rápida del niño. Sus capacidades de movilización y transporte autónomo, de control de su musculatura, y su capacidad de vocalización aparecen y se desarrollan. En la concepción de Erikson, la adquisición de un sentido de autonomía personal es el logro central de esta etapa. El niño siente que posee voluntad propia y de que es capaz de autocontrol o autodomínio. La madre a veces no tolera la aparición de esta actitud independiente en su hijo, o bien tiende a sobreprotegerlo cuando emprende sus primeras andanzas a solas. Esta actitud de exceso de cuidado maternal puede generar sentimientos de duda, vergüenza, o inseguridad en sí mismo. Con frecuencia puede verse en sujetos criados por padres excesivamente dominantes o impositivos. El control de esfínteres es el típico campo de batalla que en nuestra cultura enfrentó las voluntades de la madre y del niño: de allí el nombre de *fase anal* de Freud. El desarrollo y uso del lenguaje da curso en esta etapa a la aparición de los

primeros símbolos internos, y a la así denominada por Piaget fase *pre-operacional* del desarrollo cognitivo.

Etapla preescolar o edad del juego. Entre los cuatro y cinco años, en cierta medida el niño se ha independizado tanto psicológica como físicamente de la madre. Esto hace que se percate más claramente de su medio externo, y que descubra la presencia de terceras personas dentro de la familia: su padre y sus hermanos. Sus intentos de tomar la iniciativa para acercarse al progenitor del sexo opuesto fueron denominados por Freud *fase edípica* del desarrollo. Cuando los padres u otros definen los intentos del niño para tomar iniciativas y conseguir sus propios fines como algo negativo o malo, y son por lo tanto castigados, se puede generar una reacción de culpa, que paraliza la consolidación de lo que para Erikson constituye el logro central de esta etapa: la adquisición de un sentido de *finalidad*. Generalmente esta adquisición se da en paralelo con una identificación con el progenitor del mismo sexo, y con una consolidación de las preferencias sexuales. Cuando aparece exceso de culpa, y no se concreta un sentido de finalidad claro, se abre la posibilidad de que en la vida adulta aparezcan cuadros neuróticos de un tipo u otro. Las así denominadas “neurosis clásicas” (histeria, neurosis obsesivo-compulsiva, fobias, etc.) pueden en general ligarse con problemas en el desarrollo infantil en este período.

Etapla escolar. Entre los cinco y diez años de vida el niño comienza a pasar períodos cada vez más prolongados fuera del hogar y a dar cada vez más importancia al medio escolar. La capacidad de jugar con los hermanos se generaliza hacia sus compañeros, con quienes compite en rendimientos y se compara en forma abierta o encubierta. Al consolidarse esta capacidad surge el sentido de ser competente, estudioso, y la así denominada por Erikson *industriosidad*. Esta capacidad de lograr las metas que se propone alcanzar a través del estudio sienta las bases de la futura actitud con respecto al trabajo. Asimismo, se desarrolla la capacidad de interactuar socialmente, no sólo ya dentro de la familia, sino en relación a sus pares. Los amigos, compañeros de curso o de barrio pasan así a tener un papel cada vez más central en la vida del niño. El juego, los deportes competitivos y el rendimiento escolar pasan a ser cruciales en la consolidación de un sentido de ser *competente*, en la medida de que el niño rinde bien y se relaciona adecuadamente con sus pares. Cuando esto no sucede, surge el sentimiento de *inferioridad* o de incompetencia en relación a éstos. Dado el conjunto de cambios recién enunciados, es claro que el nombre de *latencia* otorgado por Freud a esta etapa es insuficiente: alude sólo al desinterés comparativo por el sexo opuesto que caracteriza a los escolares en esta edad.

El rol de la escuela es central en esta etapa y en la que sigue. Éste consiste en enseñarle al niño destrezas y habilidades para que llegue a ser un adulto autosuficiente en su desempeño social posterior. Junto con la familia, la escuela es el gran instrumento de socialización, introduciendo además en esta etapa una evaluación más objetiva de las

capacidades del escolar, al diferenciar a los niños mediante las calificaciones. A diferencia de la familia, que acepta a los hijos por lo que son, la escuela tiende a enfatizar más el aceptarlos cuando rinden en forma académicamente satisfactoria.

Adolescencia. El período entre los 10 y 19 años de edad ha adquirido progresiva relevancia en nuestra sociedad. Los cambios biológicos de la pubertad gatillan respuestas psicológicas; el adolescente se separa en forma progresiva de la familia y se plantea el tema de su propia identidad. Ésta última ha sido definida por Erikson como el sentido de continuidad y estabilidad de la persona a lo largo del tiempo. En la práctica el sentido de la propia identidad se traduce en decisiones al final de la adolescencia con respecto a las elecciones vocacionales y de pareja. Si esta consolidación no se logra, Erikson habla del *síndrome de difusión de identidad*, el cual por ejemplo se ve en los “estudiantes eternos” que pasan de una carrera universitaria a otra por períodos prolongados de tiempo, o en las personas que tienden a cambiar constantemente de actividad o de pareja. El diagnóstico diferencial importante a realizar en este caso es con formas de comienzo de desórdenes severos de personalidad, especialmente con las así llamadas estructuras limítrofes (“borderlines”).

Los cambios de este período son profundos, y muy especialmente en culturas como la actual, que requieren que los hijos desarrollen adaptaciones sociales muy diferentes a las de sus progenitores. Quizá es por ello que las “Crisis de adolescencia” y las “Brechas generacionales” son más evidentes en sociedades en transformación rápida que en aquéllas en las cuales se han mantenido las estructuras tradicionales. En éstas últimas más frecuentemente se espera que los hijos reemplacen a los padres en la misma actividad que éstos desempeñaron. La expectativa paternal, implícita o explícita para que esto suceda, crea en esos casos frecuentemente fricciones y dificultades familiares importantes durante la adolescencia.

Etapas del adulto joven. Esta primera sub-fase de la vida adulta fue descrita por Erikson y luego estudiada sistemáticamente por Levinson, Nemiroff y Colarusso. El período entre los 20 y 40 años constituye el de mayor capacidad física del individuo, a su inserción activa en el mundo laboral y social, y generalmente al período de formación y consolidación de una relación de pareja, primero, y de una familia, después. Para Erikson el logro central de esta etapa es la capacidad de *intimidad* con el otro, y el riesgo más serio, es el del *aislamiento*. La capacidad de amor heterosexual, que fuera explorada en la adolescencia, se concreta y estabiliza ahora a través de una vida sexual activa que lleva a la reproducción de la pareja y al nacimiento de los hijos. El formarse una situación en el plano material, sea directamente en lo económico o bien en lo laboral, tiende a transformarse en una preocupación central para los individuos en esta etapa. Este foco en lo ocupacional es más complejo en nuestro presente contexto sociocultural, para la mujer que trabaja, quien debe desarrollar un doble esfuerzo, en los planos laboral y hogareño.

La transición entre los períodos de adulto joven y maduro crea una nueva crisis o fase transicional, que últimamente ha recibido tanta atención como la de la adolescencia. En esta crisis de la edad media de la vida se revisan las elecciones que previamente se hicieron tanto en el plano de pareja como en el laboral. El desenlace de esta revisión puede ser una reafirmación de las elecciones previas, o una búsqueda de nuevas opciones vocacionales o interpersonales. Este período de la adultez pone generalmente a prueba todo el desarrollo del individuo hasta ese momento, así como su salud mental en el sentido de la definición clásica de Freud: la capacidad de amar y trabajar (*Lieben und Arbeiten*). Surgen con frecuencia en esta etapa fuertes conflictos de pareja, estrés laboral, o psicopatología franca de diferente índole. Típicamente los desarrollos detenidos llevan a patologías del carácter de diferente tipo (evitativas, obsesivas, esquizoides, etc.).

Edad madura o adultez media. El período entre los 40 y 65 años se caracteriza para Erikson por el desarrollo de la capacidad de "*Generatividad*": saber cuidar del desarrollo de los demás, sean los propios hijos o las generaciones más jóvenes en un sentido amplio. Los adultos maduros, plantea Erikson, necesitan cuidar a sus hijos tanto como éstos requieren ser cuidados. El así llamado "instinto maternal" es para él otra expresión de su principio epigenético. Los adultos maduros desarrollan esta capacidad no sólo como padres, sino como profesores y mentores o guías de juventudes en un sentido u otro. El fracaso de esta capacidad lleva al estancamiento y a la auto-absorción, que se ve en el adulto que vive en forma egocéntrica y sin proyección hacia el futuro. En su novela "Historia de Navidad", Dickens muestra el caso de Mr. Scrooge, que a través de los menores es capaz de salir de un estado de este tipo.

Jung ha descrito este período como uno de transición entre la primera mitad de la vida, en que se recibe e incorpora desde la sociedad, y la segunda, en que se entrega y retribuye a esta. La vivencia concreta de la propia mortalidad comienza a surgir en el horizonte en forma cada vez más real, sea a través de las señales físicas externas del paso del tiempo (canicie, calvicie, arrugas, etc.) sea a través de los primeros signos de enfermedades crónicas del adulto (diabetes, hipertensión, cuadros articulares, etc.).

Cuando los desafíos recién enunciados no son enfrentados exitosamente, surgen frecuentemente conflictos familiares, uso excesivo de alcohol o de otras sustancias químicas, o cuadros ansiosos o depresivos crónicos. Por otro lado, al llegar a un período de madurez estable y tranquila, muchas personas entran al período de mayor productividad y creatividad. Por ello Ortega y Gasset llamó a este período el de la "Generación Dominante", ya que es cuando se tienden a ocupar posiciones de mayor responsabilidad y poder sociales.

Senescencia o adultez tardía. El período posterior a los 65 años constituye una etapa a la cual se le presta cada vez más atención, en la medida en que aumenta la expectativa promedio de vida. Para Erikson, se llega aquí al tema final del ciclo vital, en la medida que el individuo ha vivido plenamente y asegurado la sobrevivencia de la genera-

ción que le sigue. La crisis de la “Integridad” se centra en la sensación de completar un ciclo que ha tenido un sentido. Este cierre se logra al aceptar la finitud de la vida biológica y la sucesión de las generaciones. El lograrla, presupone un grado de sabiduría y sentido de la trascendencia. Para citar a Erikson: “Los niños sanos no temerán la vida, si sus padres poseen suficiente integridad como para no temer la muerte”. El desenlace negativo de este período se da con la sensación de fracaso o de no completar el propio proyecto vital. En este caso surge la desesperanza, muy frecuente en los cuadros depresivos de esta etapa de la vida en quienes sucumben a esta “crisis de la Integridad”.

Las diferentes etapas recién descritas no deben tomarse en forma absoluta, ya que representan una esquematización didáctica de fenómenos de gran variabilidad, sea individual, sea cultural. Erikson ha insistido en la permanencia del cambio a través de la vida, cuando dice: “Un individuo nunca tiene una personalidad: siempre está en el proceso de desarrollar su personalidad”. Este concepto calza con la tradición cristiana que describe la vida como un camino o peregrinación con un sentido que cada persona debe descubrir. En muchos recodos de este camino hay crisis o “tentaciones”, que deben ser superadas o ante las cuales se sucumbe. Así, tanto Erikson como la concepción cristiana del destino humano se ven reflejadas en aquella definición de Pedro Laín Entralgo del hombre como “*ens itinerans*”: ser itinerante.

Los temas recién enunciados parecieran excesivamente abstractos o filosóficos. En nuestra experiencia, sin embargo, son de extrema utilidad en la práctica clínica cotidiana, para enfrentar frecuentes consultas de pacientes que están viviendo una crisis de algún momento de su ciclo vital. La técnica de la Intervención en Crisis, elaborada por numerosos autores en la última década es de extrema utilidad para intervenir en estos casos. Esta técnica se basa en el hecho ya mencionado de que la crisis no implica necesariamente un desenlace negativo, sino que es a la vez una oportunidad para el crecimiento y desarrollo personal: para el pictógrafo chino crisis significa al mismo tiempo “peligro” y “oportunidad”. La intervención en crisis, a la cual nos hemos referido *in extenso* en otra oportunidad ayuda a evitar la evolución negativa hacia la enfermedad física o emocional, sea restableciendo el nivel previo de equilibrio, sea logrando un nivel de funcionamiento mejor que el previo a la crisis.

El ciclo vital familiar

Desde múltiples puntos de vista el estudio de la familia es un tema de actualidad. Los individuos no funcionan aisladamente, sino integrados en grupos familiares, y a través de estos en estructuras grupales y sociales. Esto ha hecho necesario el desarrollo de teorías acerca del funcionamiento de los sistemas familiares. Dentro de la medicina ha surgido el concepto de salud familiar, y dentro de la psiquiatría el de terapia de familia. Ésta última se ha convertido en una técnica terapéutica de cada vez mayor importancia. Uno de los conceptos útiles para trabajar con familias es el de *Ciclo Vital Familiar*: tal como

el individuo, la familia atraviesa una secuencia de etapas interconectadas. Este ciclo vital se inicia con la formación de la pareja, y termina al desaparecer ambos miembros de ésta. Duvall ha descrito ocho etapas en este ciclo, las que se revisan sumariamente a continuación.

Formación de la pareja y comienzo de la familia. Si bien la familia formalmente se constituye en el momento del matrimonio, los pasos psicológicos que implican prepararse para la unión y convivencia estables se inician con bastante anterioridad: el andar juntos (“pololeo”) y noviazgo son etapas importantes en esta preparación.

Rapoport ha distinguido entre *tareas intra e interpersonales* en esta preparación. Entre las intrapersonales, describe este autor la preparación para asumir el papel de marido o mujer, separándose de otros compromisos internos o externos que pudieran interferir con la intimidad y cercanías necesarias para la vida de pareja. Es necesario asimismo la adopción de estilos de vida, rutinas, patrones de interés y gratificación propios a ambos miembros de la pareja. Esta adopción implica procesos de adaptación y acomodación mutuos, en los que cada miembro se somete a una transformación interna. Entre las tareas interpersonales señala Rapoport la formación de una identidad en pareja, que trasciende a la de ambos individuos (un “nosotros” que va más allá del “tú” y del “yo”); el definir los modos de satisfacción mutua en los planos intelectual, sentimental y físico; el definir las relaciones a mantener con las familiares de origen, dentro del trabajo, con los amigos, etc. El proceso de toma de decisiones y de comunicación es otra área que es examinada sistemáticamente en la planificación y preparación para el matrimonio, así como durante la luna de miel y el período inicial de vida de recién casados.

El matrimonio es en sí un rito psicosocial de importancia, ya que subraya el cambio interno y externo de estado de los novios, consagrando la unión de ambos en una unidad que trasciende a ambos miembros de la pareja. En la luna de miel se crea, por ello, una atmósfera de aislamiento en que se explora con sanción social positiva la convivencia íntima en los planos personal y sexual, sin que existan elementos externos que interfieran con este acercamiento.

Si se altera la secuencia anterior (andar juntos, ennoviarse, casarse), aumenta la posibilidad de la aparición de problemas posteriores. Cuando los pasos descritos se dan aceleradamente (como sucede en el matrimonio entre adolescentes), crecen estadísticamente los fracasos conyugales. Este matrimonio precoz puede deberse a un intento de escapar de un hogar conflictivo o a la búsqueda de una figura paternal o maternal sustituta. En un matrimonio que se realiza porque la mujer se ha embarazado, falta la oportunidad de que la pareja funcione como tal, ya que desde el momento inicial existe una tercera persona involucrada en la relación.

La edad más frecuente para el matrimonio es estadísticamente la tercera década de la vida. Glick y Kessler han señalado que el matrimonio por amor fue la excepción más que la regla en la historia de la sociedad occidental, y que este se produce aún hoy muchas veces por conformidad con expectativas sociales (“hay que casarse a tal edad”),

familiares (“mi madre se casó a los veinticuatro”), por regularizar la actividad sexual, o por la conveniencia que representa el seguir viviendo como adultos en la familia de origen. En todo caso, la tarea central de la etapa que comienza con el matrimonio es el establecimiento de un compromiso estable, que se profundizará en la medida que pase el tiempo y la pareja se conozca cada vez mejor. En este período inicial se planifican los proyectos de trabajo, y se decantan los intereses intelectuales, deportivos, sociales, etc., de la pareja. Muy especialmente, se aclaran los planes en relación a la formación de la propia familia, en especial en término del número de hijos y la oportunidad de estos. Para concretar estos planes, es asimismo necesario delimitar funciones de la pareja, lo que implica compartir y diferenciar roles. Tradicionalmente, el hombre ha asumido los roles instrumentales externos (ganar el sustento para la familia) y la madre los expresivos internos (criar a los hijos). El proceso de modernización acelerada por el cual pasamos sin embargo, ha modificado estos roles creando nuevas tensiones y dificultades.

Este período inicial en la vida de pareja tiene gran importancia futura. Si el proceso de asignación de roles recién enunciado se realiza satisfactoriamente, se llega a un estilo de vida con convenios diferenciales bien definidos con respecto al reparto de tareas y responsabilidades (distribución del tiempo diario, de expectativas de trabajo, de uso del tiempo libre, frecuencia y modo de contacto sexual, empleo del dinero, relaciones sociales, actividades comunitarias, etc.). Cuando no se da este acuerdo positivamente, se entra en el matrimonio con enfoques divergentes que a la larga se podrán traducir en disrupción familiar de mayor o menor gravedad.

Etapas de crianza inicial de los hijos. Al aparecer el primer hijo en el escenario familiar, se produce una modificación estructural que crea las tensiones propias de las relaciones triangulares y que al mismo tiempo estabiliza las dificultades características de las díadas. Bowen ha señalado cómo, paradójicamente, las relaciones triádicas (por ejemplo madre-padre-hijo) son más estables que las diádicas. Esto es ilustrado por los problemas que caracterizan a algunos matrimonios sin hijos.

A la mujer, el nacimiento de su primer hijo le plantea la necesidad de desarrollar una relación de “mutualidad” con éste, la cual implica el empatizar con sus necesidades físicas y emocionales. El impulso biológico para procrear y cuidar a los hijos es generalmente muy poderoso en la madre, y asegura normalmente la aparición de un vínculo madre-hijo que es fundamental para que el niño enfrente su mundo con una vivencia de confianza básica en éste. La gestación de este vínculo puede comenzar en el embarazo pero se afianza en los primeros meses de vida, siendo la lactancia materna especialmente positiva en su fortalecimiento.

El nacimiento de los primeros hijos plantea, al mismo tiempo, tareas y conflictos potenciales a la pareja. Ésta debe acomodarse y crear espacio para un nuevo miembro. El padre debe compartir el amor y atención de la madre con el hijo, renegociando la adaptación sentimental y sexual recién creada. Las restricciones eróticas y la falta de privacidad en la actividad sexual que puede representar la presencia de los hijos, crea

tensiones nuevas en la pareja colocando al padre en una actitud celosa que a veces lo lleva a actuaciones extramaritales.

Al crecer el número de hijos, la situación anterior se repite. No es sólo ya el padre, son los hermanos mayores quienes deben pasar por nuevos períodos de adaptación. La hostilidad hacia el recién nacido se puede expresar en forma directa o indirecta, viéndose la madre presionada por múltiples demandas de adaptación y afecto provenientes de diferentes miembros de la familia que se sienten desplazados. Aparece así la competencia entre hermanos, que tiene un rol a veces positivo, de emulación constructiva, y otros negativo, siendo fuente de conflictos neuróticos hacia el futuro.

El padre representa en este período un factor de estabilidad y apoyo externo para la familia, tanto desde el punto de vista material como psicológico. Su presencia permite el desarrollo de este proceso de aparición de vínculos mutuos de la madre con sus hijos, así como la aparición de la confianza básica ya descrita. Si el padre falta, o aparece y desaparece frecuentemente, aumentan las posibilidades de distorsión en el desarrollo psicológico posterior de los hijos.

Familia con hijos preescolares. Al desarrollar el niño un mayor dominio de su cuerpo y comenzar a explorar el medio circundante, aparecen la capacidad de iniciativa y de autonomía eriksonianas. Los padres deben reconocer y tolerar esta mayor autonomía, velando al mismo tiempo por protegerlo de los peligros que ésta puede implicar. El exceso de sobreprotección en esta etapa puede inhibir y coartar potencialidades del niño generando sentimientos de vergüenza y humillación. Los padres y el niño en esta etapa centran la relación alrededor de temas de control, recompensa y coerción, y el reconocimiento de normas impuestas que el niño en este período aún no ha incorporado.

Asimismo, en esta etapa se terminan de definir y tipificar los roles sexuales. Por una parte, se avanza en la maduración neurobiológica y por otra, se completan las identificaciones con el propio sexo y se definen las relaciones con el sexo opuesto. Freud describió bajo el nombre genérico de “Complejo de Edipo” este conjunto de cambios. Los padres constituyen por una parte modelos para la orientación con respecto a conductas sexuales, y por otra son objetos de atracción para los hijos del sexo opuesto y de competencia para los del mismo sexo. Los desarrollos y desenlaces de estas interacciones son decisivos para el funcionamiento sexual y de género posteriores.

Otra característica propia de los padres en esta etapa es un grado de tensión en relación a los roles laborales. Típicamente el hombre está en plena actividad “labrando un futuro” para sí y su familia, corriendo el riesgo de transformarse en un “trabajohólico” y de descuidar otros roles así como su desarrollo personal. La mujer se centra en el ejercicio de su maternidad y arriesga el descuidar sus aspiraciones y expectativas intelectuales y laborales, así como el de no preocuparse de su aspecto físico. Ambos hechos pueden tener consecuencias negativas posteriormente, en la así llamada “crisis de la edad media”.

Familia con hijos escolares. La ida a la escuela implica la salida parcial del niño de la órbita de su familia para desarrollar sus capacidades intelectuales, sociales, y de laboriosidad. La escuela en un sentido constituye una prueba de la labor de la familia, ya que sus exigencias evalúan la “eficiencia” con la que se han desarrollado el proceso de crianza y de socialización. El niño comienza ya a reconocer lo que es permitido y prohibido socialmente, y desarrolla en mayor o menor medida su capacidad de aplicarse al trabajo y de relacionarse con sus iguales mediante el juego. Si estas capacidades no se logran, surgen sentimientos de inseguridad e insuficiencia (en la terminología adleriana, un “Complejo de inferioridad”).

Los padres deben saber tolerar la separación parcial que implica la ida del niño a clases, así como el hecho de que profesores, compañeros y amigos pasen a tener importancia para su hijo. Cuando lo anterior no acontece surgen problemas conductuales tales como fobias, escolares: temor a ir al colegio. La base de éstas se encuentra muchas veces en la convicción materna de que su hijo no puede desenvolverse sin ella. Otros síntomas frecuentes en esta etapa son inhibiciones conductuales (timidez marcada) o problemas de rendimiento escolar. Algunos de estos últimos problemas se ligan a dificultades de aprendizaje (dislexias, disgrafías, discalculias) u otros problemas del desarrollo cognitivo infantil.

Al tener amigos y compañeros a quienes visita, el niño pasa a conocer familias con otros estilos de funcionamiento. Esto le permite por primera vez tomar distancia de las características de la propia familia, y relacionarse con ellos de forma más objetiva. A su vez, los padres pasan a tener más tiempo libre para tomar actividades alternativas o intereses propios que dejaron de lado durante la crianza inicial de los hijos. Comienza entonces a hacerse real el aforismo de Jung de que hasta los 40 el individuo recibe y devuelve a la sociedad, y que posteriormente comienza a poder centrarse en su desarrollo personal.

La cuarta década de la vida puede entonces ser un período generativo y productivo, tanto para los niños en edad escolar como para sus padres, aun en pleno goce de sus capacidades físicas e intelectuales. La misma relación de pareja se afianza gradualmente, a no ser de que exista una carencia de áreas de interés mutuos fuera de los hijos, que proporcionen una gratificación sostenida. Cuando acontece lo último, puede darse un alejamiento definitivo.

Familia con hijos adolescentes. Aumentan en este período los conflictos potenciales dentro de la familia, lo que explica la atención sostenida que ha generado la adolescencia en el último tiempo. El así llamado “choque generacional” se relaciona con el hecho de que tanto los adultos como sus hijos adolescentes están llegando al fin de una etapa, y entrando en una crisis: los primeros en la de la edad madura, y los segundos en la de su separación de la estructura familiar.

Los padres con hijos adolescentes deben aceptar el desarrollo físico de éstos, y en especial de sus capacidades locomotor-musculares y genital-reproductivas. Deben

asimismo enfrentar el derecho de sus hijos a tomar decisiones personales frente a estas nuevas potencialidades biológicas, así como frente a su futuro familiar y laboral. Estas decisiones muchas veces no coinciden con las expectativas implícitas o explícitas de los padres. El aceptar la diversidad de los hijos puede ser un proceso lento y doloroso para muchos: hay padres que reaccionan apoyando a sus hijos y manteniendo abiertos los canales de comunicación con éstos, y proveyendo de las posibilidades sociales, emocionales y materiales para que el “lanzamiento” del sujeto hacia un vivir independiente sea exitoso. Hay otros que tienden a cerrarse y a tomar una actitud controladora abierta o encubierta. La pareja paternal puede actuar de común acuerdo frente a estas tensiones, o bien adoptar posiciones diferentes, activando cada uno sus propias inquietudes y expectativas no satisfechas. Así por ejemplo, el padre no profesional puede presionar a un hijo con pocos intereses o aptitudes académicas a ingresar a la Universidad, o la madre poco atractiva impulsar a una hija físicamente agraciada a desarrollar una excesiva actividad social o sentimental. Muchos de los problemas emocionales de los adolescentes se ven ligados a estos diferentes mensajes provenientes de los padres.

Períodos medio y terminal de la familia. Este período, que comprende cronológicamente la segunda mitad de la vida de la pareja, es el menos estudiado y aquél sobre el cual existe el mayor número de mitos y prejuicios. Su límite inicial se ha fijado arbitrariamente en el momento en que el último de los hijos abandona el hogar paterno. Allí se produce el así “síndrome del nido vacío”. Éste afecta especialmente a mujeres cuya vida se centró exclusivamente en la crianza de los hijos, o a parejas que no desarrollaron áreas de interés común más allá del velar por el crecimiento de su prole. Cuando esas áreas existe, éste es un período de calma y aprovechamiento de un lapso de tranquilidad biológica y psicosocial, especialmente si los años previos proveyeron de cierta holgura en el plano material. Erikson ha descrito como la tarea individual propia de esta etapa de la vida la por él llamada “Integridad”, en la cual se cierra un ciclo vital personal.

Sin embargo, los cambios biológicos propios de la involución, y la frecuente aparición de enfermedades de diferente tipo, conspiran en contra de esta tranquilidad y señalan el correr del tiempo. La capacidad funcional de los diferentes aparatos y sistemas disminuye, y la enfermedad y la muerte son vividas como una realidad ineludible, en sí mismo o en familiares o amigos de toda la vida.

A veces, individuos que han trabajado permanentemente toleran mal el tiempo libre que depara la jubilación. Ésta crea un vacío en el hombre, equivalente al que deja la partida de los hijos en la mujer que se dedicó a la crianza de éstos en forma exclusiva. Estos vacíos pueden ser llenados por intereses compartidos mutuos o por una mayor dedicación a actividades comunitarias. Culturalmente, los ancianos están teniendo que crear un espacio social en el cual se los valore: frecuentemente se sienten desplazados o no tomados en cuenta. El deterioro psicológico de la ancianidad tiende a ser sobredimensionado: estudios recientes muestran que la mayoría de los ancianos no se tornan

seniles en el curso de su evolución normal. El forzarlos a tornarse inactivos es una práctica social cruel, ya que los esteriliza en su capacidad de contribuir aún a la sociedad, la cual también se perjudica si ignora la sabiduría acumulada a través de los años.

Cuando existen circunstancias externas desfavorables, tales como enfermedad crónica, dificultades económicas, o ausencia de familiares, la vejez puede ser un período difícil, con severas consecuencias en la autoestima y salud mental del anciano, quien pasa a depender excesivamente de las generaciones que le siguen. En ese sentido la estructura familiar que originó nuevas familias pasa a apoyarse en estas. Este hecho puede ser difícil de reconocer o aceptar tanto para hijos como para padres: la plataforma de lanzamiento pasa a ser remolcada por los vehículos que en algún momento propulsó. Desde este ángulo los ciclos vitales de los miembros de la familia se encuentran inextricablemente ligados entre sí.

Engranaje intergeneracional de los ciclos vitales

El somero recuento recién realizado ilustra el cómo a través del engranaje de los ciclos vitales, se transmiten modos de reaccionar, rasgos de personalidad y estilos de vida normales y anormales de individuo en individuo. Sin negar el indudable papel de los mecanismos hereditarios transmitidos a través del código genético, la imbricación de los ciclos vitales generacionales representa un mecanismo, complejo y fascinante a la vez, que muestra cómo se transmiten a través de la familia los modos de reaccionar y estilos conductuales. Los problemas y crisis enfrentados por la generación paterna afectan a los hijos, quienes muchas veces planean su vida para evitar los conflictos que fueron centrales para los padres. En nuestro medio, Arancibia y Zegers estudiaron el frecuente engarce de la así llamada crisis de la adolescencia con la crisis de la edad media adulta de uno o ambos padres. Murray Bowen, autor antes aludido, creador del marco referencial analítico-sistémico en terapia familiar, ha desarrollado su concepto de *transmisión transgeneracional de la patología*. En esta teoría se señala que los temas no resueltos por una generación se transmiten (o “delegan”) a la siguiente, quien los vuelve a elaborar. Ya hemos mencionado el caso del padre que por razones económicas no pudo entrar a la Universidad a estudiar medicina, que impulsa a su hijo a cumplir esta tarea inconclusa de su propio desarrollo, en forma muchas veces independiente de las áreas de interés y motivaciones de su hijo. Afirma Bowen que uno de los modos más eficaces de distanciarse de la situación emocional actual de la familia es el revisar las historias vitales de la generación de los abuelos. Esta revisión arroja muchas veces luces en forma insospechada sobre los problemas que la familia enfrenta en la actualidad.

El estudio de los mitos familiares que se transmiten de generación en generación, es una poderosa herramienta para comprender el sentido de las biografías de individuos aislados. La tragedia de la familia Kennedy, inserta en la historia del siglo XX tanto en los EEUU como en el mundo, es un ejemplo de la anterior afirmación. El

inmigrante irlandés Joseph Kennedy tuvo éxito económico y político, pero no social en las décadas del 20 y del 30 en la costa este de los Estados Unidos. Ambicionó llegar a la Presidencia de ese país, pero el puesto mas importante al que accedió fue la embajada en el Reino Unido. Al desempeñar ésta, cayó en descrédito en su país al tomar un punto de vista pacifista después de Pearl Harbour. Su hijo Joseph Jr. pereció en un accidente aéreo durante una peligrosa misión en la II Guerra Mundial, la misma guerra que su padre trató de evitar. John Kennedy, el siguiente de los hermanos, llegó a ser el primer presidente católico de este siglo en los Estados Unidos, coronando así el mito familiar. Realmente él quería ser un escritor y durante su adolescencia no se planteó una carrera política. Sólo después de la muerte de su hermano mayor se interesó en la política, tomando su turno en esta "carrera de postas" fraterna. Otro hermano, Robert, tuvo también su rol en ésta, transformándose en un implacable defensor de los derechos humanos en su país en su puesto de Procurador General durante el mandato de su hermano. Al morir éste, fue primero Senador y luego candidato a la Presidencia hasta que también fue asesinado. La discriminación social de la que fuera objeto su padre, por ser irlandés y católico en Boston, puede explicar parte del celo y brío con que Robert Kennedy se colocó al lado de los desposeídos en su patria, y asimismo el interés con que el último hijo que asumió el destino familiar, Edward, se ha dedicado al tema de los derechos humanos dentro y fuera de su país. Para no alargar esta ilustración, solo aludiremos al mandato familiar de aspirar a altos destinos políticos, el cual se mantienen en varios Kennedy de la tercera generación, que ya han comenzado sus respectivas carreras políticas.

Aplicaciones del marco evolutivo en clínica: el diagnóstico psicopatológico evolutivo

El marco conceptual recién desarrollado fundamenta el punto de vista que considera la psicopatología como un producto del desarrollo maladaptativo. Las bases de esta visión de los problemas emocionales como desarrollo detenido se encuentra en los escritos de Sigmund Freud. Este autor planteó la metáfora del desarrollo de la personalidad como el avance de un ejército en territorio enemigo, el cual coloca destacamentos en aquellos lugares donde encuentra mayores resistencias, y retorna a aquellos lugares en el caso de sufrir reveses posteriores en su proceso de avance. El primer caso (los destacamentos reforzados) recibe el nombre de puntos de *fijación*, y el segundo el nombre de *regresión*. Esta analogía es claramente ilustrada por los avances y retrocesos de los españoles en la conquista de Chile, durante su larga guerra con los mapuches. Concepción fue una ciudad que creció gracias a estar justamente en la retaguardia de la frontera entre el Reino de Chile y la Araucanía. En algunos de los conflictos bélicos los mapuches destruyeron Concepción debiendo los conquistadores hispanos retroceder a Chillán o

Talca. Aquellas ciudades donde estos procesos de sucesivos avances y repliegues se dio en forma más repetida crecieron más que aquellos pueblos y ciudades del Norte donde el ejército español no encontró mayor resistencia y avanzó ininterrumpidamente. Del mismo modo, la personalidad del niño desarrolla fijaciones en aquellos períodos en que entra en conflicto con el medio externo. Eso sucede por ejemplo en el primer o segundo año de vida, cuando la madre insiste en que el niño controle esfínteres y él se resiste a hacerlo. Cuando este tema adquiere mucha presión emocional, se siembran las raíces de la neurosis o de rasgos obsesivos de la personalidad, con su tendencia a la terquedad, a insistir sobre el control propio sobre los demás, y en una importante puntualidad y meticulosidad. Este proceso ha sido estudiado en detalle por Shapiro.

En el siguiente capítulo se elaborarán las ideas enunciadas en éste, centrándose sucesivamente en las diferentes etapas del ciclo vital desde la adolescencia hasta la senectud. En ellas, además de revisar las características del desarrollo normal de cada una de estas etapas, se estudiarán las posibles evoluciones psicopatológicas propias de cada etapa del ciclo vital.

Aplicaciones del enfoque de ciclo vital

Aplicaciones en clínica

El enfoque evolutivo anteriormente expuesto representa un importante complemento tanto con respecto al diagnóstico clínico descriptivo que se realiza habitualmente en psiquiatría como al diagnóstico dinámico formulado rutinariamente por los psicoanalistas. El diagnóstico descriptivo es eminentemente fenomenológico, y se le puede comparar a una buena fotografía, excelente si es profesionalmente tomada, pero que por perfecta que sea, nunca tendrá movimiento. La descripción fenomenológica del síntoma puede llegar así a un elevado grado de precisión diagnóstica, pero no permite conocer ni la génesis ni el destino de éste. El diagnóstico estructural dinámico psicoanalítico analiza el conflicto entre las instancias psíquicas (Yo, Ello y Súper-Yo) y representa un avance sobre el enfoque puramente descriptivo, pero nuevamente no explica la aparición del síntoma. Sólo la aproximación evolutiva permite aprehender el origen biográfico de éste, y estudiar su evolución en el mediano y largo plazo.

Durante mucho tiempo se pensó que los síntomas cristalizaban en los primeros años de la vida infantil, y que poco podía acontecer después de los primeros cinco años (o sea, después de la elaboración de la conflictiva edípica). Sólo lentamente se ha acumulado evidencia que revela que los individuos siguen evolucionando psicológicamente a lo largo de toda la vida: las neurosis adultas no son sólo reediciones de las neurosis infantiles originarias. Por ejemplo, Vaillant en un seguimiento longitudinal a lo largo de cuatro décadas de un grupo de 95 personas, pudo mostrar la evolución del

funcionamiento defensivo de éstas, avalando así empíricamente la existencia de una jerarquía de mecanismos de defensa, que van desde los más tempranos y primitivos hasta los más tardíos y evolucionados. Pollock asimismo mostró la presencia permanente de pérdidas y duelos a lo largo de la vida, así como el valor adaptativo y de estímulo a la maduración personal que tienen los abandonos y pérdidas vitales.

La aproximación que estamos exponiendo visualiza la psicopatología como una *desviación del ciclo de desarrollo normal*. Los síntomas emocionales pueden ser entonces muchas veces consecuencias de tareas evolutivas insuficientemente logradas. Este diagnóstico clínico-evolutivo ha sido aplicado por Nemiroff y Colarusso específicamente al desarrollo adulto, señalando que existe en éste una serie de líneas de desarrollo que pueden verse detenidas.

Los conceptos anteriores serán ilustrados a continuación con algunas viñetas clínicas:

La paciente A es una estudiante universitaria de 27 años que consulta por su incapacidad de consolidar una relación de pareja a pesar de ser físicamente agraciada y de tener una buena capacidad intelectual. No tiene problemas en comenzar sucesivas relaciones sentimentales, las que interrumpe cuando éstas parecen adquirir importancia y seriedad. Se trata de la menor de una familia de cinco hermanos, todos los cuales con excepción de ella ya han dejado la casa. La paciente es muy unida a ambos progenitores, pero especialmente al padre. A poco de iniciado el tratamiento se hace claro que su dificultad en estabilizar relaciones de pareja se liga a su excesivo apego a sus padres, y a preferir mantenerse en una situación de "hija de familia" sin mayores problemas ni responsabilidades económicas, que enfrentar el desafío de comenzar a formar su propia estructura familiar con personas recién egresadas de la Universidad, a quienes ve como inestables o inmaduras, al compararlos consciente o inconscientemente con su padres. Éstos, si bien conscientemente desean que su hija se case, en la práctica sabotean las relaciones que adquieren seriedad, controlando rígidamente las horas de llegada de su hija cuando comienza a salir sistemáticamente con alguien. Por el contrario, cuando ella rompe una relación, acostumbran a hacerle regalos, habitualmente viajes al extranjero y otros obsequios que refuerzan su pseudo-autonomía.

Este caso ilustra la dificultad de una hija para separarse de sus padres. El ciclo vital de esta familia avanzará automáticamente una etapa al abandonar el hogar la hija menor, y ambos padres se resisten denodadamente a considerarse una pareja anciana a través de tratar de mantener el mayor tiempo posible a su hija junto a ellos.

El paciente B es un hombre separado de 43 años de edad cuya primera mujer y sus dos hijos viven desde hace algún tiempo en otro país. Consulta por sintomatología depresiva cuya evolución se encuentra claramente asociada a los altibajos de su actual relación de pareja, que dura ya algún tiempo. El paciente describe cómo escudriña y evalúa minuciosamente a su pareja, para detectar en ella cualquier señal del paso del tiempo, tales como arrugas o menor tersura de la piel. Es para él intolerable pensar que tiene a su lado a una mujer "vieja". La terapia muestra cómo pone en ella sus propios temores al decaimiento físico, enfermedad y mortalidad. En la medida que puede aceptar dichos temores y emociones como propios en el curso de la terapia, le es posible estabilizar su actual relación.

La situación anterior se ve frecuentemente también en el caso de hombres ya maduros que desarrollan una relación extraconyugal con mujeres mucho más jóvenes que ellos. Al abandonar a la propia pareja por una más joven, muchos de estos varones están tratando de recuperar la juventud propia perdida.

El paciente C es un profesional liberal de cierto éxito, que consulta por sentimientos crónicos de frustración, rabia y envidia que experimenta al visitar a colegas o amigos que disfrutan de una situación económica mejor que la de él. Se trata del mayor de cuatro hermanos hombres, que tienen entre ellos escasa diferencia de edad. El paciente vive constantemente asediado por fantasías de que puede perder lo que ha logrado acumular, y de vivir una vejez pobre y sombría. En la terapia se percata de que está reproduciendo una situación que conoció desde muy niño, en la cual sentía que sucesivos hermanos menores aparecían y le arrebataban lo más valioso que poseía: el cariño y tiempo de su madre. Esta sintomatología rabioso-vidiosa no surgió conscientemente hasta después de los 35 años, edad en la cual llegó a la empresa en la que trabajaba un brillante profesional más joven que él, quien efectivamente lo desplazó, hasta que aceptó un trabajo mejor en otra firma.

Este último ejemplo ilustra como las neurosis infantil y adulta engranan la una con la otra, siendo difícil precisar si existen independientemente. Las tres viñetas brevemente expuestas muestran el concepto de *detención en el desarrollo adulto*, antes señalado. Las causas de esta detención se hacen aparentes muchas veces por el análisis biográfico que se realiza en la terapia, la cual entonces posibilita reanudar el desarrollo detenido.

Aplicaciones en salud mental

En nuestra experiencia un marco evolutivo constituye un excelente apoyo para organizar programas de salud mental. La diferencia de ésta con la psiquiatría clínica se basa en que ésta última se centra en la psicopatología y enfoca preferencialmente los fenómenos psíquicos anormales y los trastornos mentales, mientras que la salud mental enfoca positivamente la normalidad, así como la promoción del crecimiento y el desarrollo del individuo y de su familia. La psiquiatría se encuentra ligada a la medicina clínica, con su foco centrado en el individuo asilado, mientras que la salud mental se relaciona con la salud pública, con su mayor interés en poblaciones (agregados de personas) y comunidades. En el caso del quehacer de la psiquiatría, ésta preferencia el tratamiento de los desórdenes mentales, mientras que la salud mental preferencia la prevención de los mismos, así como la promoción de la salud.

Algunos de los conceptos básicos en salud pública, tales como los de niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), se aplican igualmente en salud mental: el énfasis de la prevención primaria es el evitar que aparezcan el desorden emocional o trastorno mental; el de la secundaria, el detectarlos precozmente una vez que han aparecido, y el de la terciaria el prevenir la aparición de complicaciones o de cronicidad.

Otro concepto de importancia en salud mental, al cual ya se hizo referencia, es el de *crisis emocional*. La teoría de intervención en crisis se basa en una visión del individuo en un estado de equilibrio o de homeostasis individual, que se ve alterado por sucesos externos repentinos o traumáticos (crisis). Estos sucesos pueden originar síntomas emocionales o conductas orientadas a re-establecer el equilibrio perdido. Al entrar así en un período de crisis, la persona deja de utilizar sus maniobras adaptativas habituales y explora otras nuevas. El proceso de enfrentar una crisis emocional implica por lo tanto la exploración de rutas diferentes para enfrentar las dificultades que plantea la vida. Desde este punto de vista la crisis no implica necesariamente patología y, en muchos es realmente una oportunidad para la maduración o crecimiento psicológicos. En las etapas del desarrollo psicosocial planteadas por Erikson descritas también anteriormente, la crisis corresponde al momento en que se debe cambiar el modo de enfrentar problemas típicos de una etapa y se comienzan a aplicar los de la siguiente. El muchacho que deja de recurrir a sus padres para que le resuelvan una dificultad y trata de arreglárselas por sí solo está transitando desde la niñez hacia la adolescencia. Las crisis pueden tener un desenlace apropiado o adaptativo o uno inapropiado. Cuando se da el segundo surge la posibilidad de la enfermedad, física o mental, o aun de la muerte.

Un modo útil de clasificar las crisis emocionales es su diferenciación entre normativas y accidentales (o no-normativas). Las primeras se relacionan cercanamente con las etapas del ciclo vital antes descritas: la crisis de identidad de un adolescente, o la crisis de la salida del último hijo del hogar, son ejemplos típicos de estas crisis normativas. Las crisis accidentales son por otra parte abruptas e inesperadas, y corresponden a sucesos que se apartan de lo esperable estadísticamente en un ciclo vital típico. La

cesantía de un hombre joven, la enfermedad o muerte de un hijo pequeño son ejemplos de este tipo de crisis. Neugarten ha hablado de sucesos "a tiempo" y "a destiempo" para subrayar esta distinción, que es importante porque su enfrentamiento terapéutico es también diferente.

Prevención primaria

La prevención primaria de los desórdenes mentales puede por lo tanto ser conceptualizada como el conjunto de intervenciones en el ciclo vital individual destinadas a preparar al individuo para un mejor enfrentamiento de sus crisis vitales normativas y para minimizar el impacto adverso de las accidentales. Ilustraremos lo anterior con el ejemplo de dos tipos de estas intervenciones: la guía anticipatoria, y el proceso de resolución de problemas en el adulto.

Guía anticipatoria. Se centra en la preparación del individuo para una situación de crisis emocional que es previsible. En el caso de algunas crisis normativas es posible a veces fijar exactamente la fecha de ésta como, por ejemplo, en el caso de un embarazo, de un matrimonio, o de la jubilación o retiro laborales. Todos estos hechos tienen una fecha esperada, y es posible planear su enfrentamiento con cierta exactitud en el tiempo. Este tipo de crisis "anticipable" puede ser mejor enfrentada con cierta preparación previa, y esto es lo que pretenden hacer las técnicas de guía anticipatoria. En el caso, por ejemplo, de un primer embarazo, la información acerca del curso previsible de éste, de las fantasías típicas de la mujer acerca de su integridad física en el momento del parto, así como de los igualmente típicos temores acerca de las posibles anomalías en el hijo por nacer, son informaciones que pueden ser transmitidas y que al serlo habitualmente traen una sensación de alivio para la mujer que atraviesa por esta experiencia por primera vez. El temor a lo desconocido disminuye, y el apoyo emocional que es dado por el saber que esta experiencia en sí positiva lleva un conjunto de pensamientos atemorizantes para la mayoría del parto. Esta técnica es, por lo tanto, utilizada en diferentes cursos de preparación para el parto, no solamente por profesionales de salud mental, sino por matrones, obstetras, o profesionales de atención primaria de salud.

Resolución de problemas. Un segundo ejemplo lo constituyen los procedimientos de resolución de problemas. Éstos exploran sistemáticamente el proceso que se sigue al enfrentar un conflicto, las alternativas de resolución del mismo, y las consecuencias tanto objetivas como emocionales de dicho enfrentamiento. Han sido utilizados en estudiantes que se acercan a una situación que define el curso posterior de sus estudios. Por ejemplo: la Prueba de Aptitud Académica determina si se ingresa o no a la Universidad, y en el caso de hacerlo, a qué carrera lo hará. Cumple esta prueba una función de "filtro social" evaluando a los sujetos con mayor aptitud para los desempeños académicos, y con manejo de ciertos conocimientos. Muchos adolescentes presentan cuadros

angustiosos previos a esta prueba, otros tienen episodios de bloqueo agudo de examen durante éstos, y finalmente un tercer grupo presenta síntomas depresivos después de dar la prueba, al no lograr el puntaje al cual aspiraban. La preparación psicológica para la prueba, utilizando la técnica de resolución de problemas, implica el análisis cognitivo de los mejores modos de estudiar para preparar la prueba, prácticas para rendirla en forma calma y tranquila, y la consideración previa al darla de las diferentes alternativas que se abrirán dependiendo de los posibles puntajes que se obtendrán. Hemos constatado cómo esta técnica de enfrentamiento y de resolución de alternativas puede evitar las consecuencias antes descritas, en las que aparecen cuadros sintomáticos de diverso orden. Estas técnicas también se han utilizado para preparar traslados o adaptaciones a otros lugares geográficos o países, y a diferentes procesos en los que hay que tomar decisiones de evolución en mayor o menor grado predecible.

Prevención secundaria

La prevención secundaria tiene, como ya se dijo, el objetivo de detectar y resolver precozmente situaciones de crisis ya desencadenadas. Si esto no ocurre, existe el riesgo de que el problema se complique y se transforme en patología crónica. Este diagnóstico precoz de complicaciones mórbidas constituye una de las estrategias clásicas de la salud pública. En cuadros médico-quirúrgicos se ha demostrado especialmente efectiva en la prevención de algunas enfermedades infecciosas (como la tuberculosis) o de cánceres (como el de cuello uterino en la mujer). El hallazgo temprano de una tuberculosis permite instituir el tratamiento farmacológico adecuado, así como el de cáncer cervicouterino permite operarlo a tiempo. En ambos casos se logra evitar que la enfermedad avance y que aumente el daño producido por ella. En los casos anteriores se han perfeccionado a lo largo de los años procedimientos diagnósticos que se pueden aplicar en forma masiva a grupos poblacionales con el objeto de detectar rápidamente a quienes están expuestos al riesgo. Este es el objeto de procedimientos radiológicos simplificados (como el de Abreu) o de citología cervical rápida (como la técnica de Papanicolaou). En aquellos casos en los cuales estos instrumentos de *screening* dan un resultado indicador de sospecha de enfermedad, se aplican métodos diagnósticos más elaborados, y si se confirma la sospecha, se instituye rápidamente el tratamiento necesario.

El mismo modo de enfrentar el problema ha sido aplicado por nosotros al diagnóstico precoz del beber problema. El alcoholismo crónico es un cuadro fácil de diagnosticar pero difícil de tratar. Más complejo es detectar a aquellas personas que están comenzando a beber en forma excesiva; sin embargo, si se logra identificarlas, es posible intervenir precozmente, y modificar así radicalmente el curso de los acontecimientos, impidiendo muchas veces que un bebedor inmoderado se transforme en un alcohólico.

El mismo proceso de intervención puede ser aplicado en aquella crisis emocionales que acontecen en forma inesperada, o cuya magnitud es alarmante. La muerte

repentina de un familiar, la pérdida de una posición o posesión apreciadas, pueden desencadenar reacciones en cadena psicológicas que provocan cuadros psiquiátricos o psicosomáticos crónicos. La intervención en crisis, como técnica, se basa en la detección temprana e intervención rápida en situaciones tales como la enfermedad grave de un hijo o la muerte de la pareja. Los grupos de familiares de niños leucémicos, o de viudos recientes, tienen el sentido de ayudar a elaborar una situación de crisis o de pérdida vital repentina, y de enfrentar sus consecuencias del modo más adecuado posible. El enfrentamiento del duelo es así uno de los aspectos centrales de esta aproximación. Se basa éste en el estudio sistemático de la respuesta psíquica al duelo, pérdida o abandono. Esta comprensión, que fue iniciada por Freud en su obra clásica sobre "Duelo y Melancolía" ha sido posteriormente formalizada en técnicas muy específicas de intervención, analizando las diferentes etapas por las que atraviesa la persona, que van desde una reacción inicial de *shock* y de incredulidad frente a lo que ha sucedido, pasando por emociones sucesivas de angustia, rabia y depresión, para finalmente llegar a una posición de aceptación emocional de la pérdida.

Las técnicas de intervención en crisis son, por lo tanto, maniobras de prevención secundaria, y que evitan que reacciones depresivas normales se transformen en cuadros de pronóstico más reservado o de evolución más crónica. Estas técnicas se han empleado en forma masiva, por ejemplo, después de catástrofes naturales, tales como terremotos o grandes incendios, así como entre sobrevivientes de catástrofes aéreas.

Prevención terciaria

La prevención terciaria enfrenta situaciones ya estabilizadas y a veces crónicas. Su objetivo es detener la progresión de éstas, así como el prevenir la aparición de complicaciones. Dos tipos de enfermedades en las que este nivel de prevención se ha utilizado ampliamente son el alcoholismo y la esquizofrenia. En el caso del alcoholismo, en una persona que ya tiene una dependencia alcohólica manifiesta puede ser importante el evitar que se agregue a ella una cirrosis hepática o un deterioro neurológico permanente. La rehabilitación como técnica psicosocial pretende reintegrar a pacientes crónicos o con incapacidades físicas o mentales a una situaciones de autosuficiencia social. En el caso de la esquizofrenia esta rehabilitación psicosocial es especialmente importante: muchos de estos pacientes terminan más dañados por la desconexión que se produce con sus familiar y comunidades que se traduce en el así llamado síndrome de desintegración social, que por la enfermedad misma. En diferentes centros psiquiátricos se han desarrollado activos programas de rehabilitación que pretenden que estos pacientes vuelvan a la comunidad. En Chile, los sucesivos Simposium de Psiquiatría de Crónicos han comunicado los resultados de estas experiencias de prevención terciaria.

Los ejemplos anteriores se han centrado en intervenciones en el *ciclo vital individual*. Es posible desarrollar un enfoque similar basado en el *ciclo vital familiar*. Por ejemplo, la etapa de formación de la pareja puede ser apoyada a través de diferentes

grupos de preparación para el matrimonio; la de expansión y consolidación de la familia a través de diferentes formas de escuelas para padres (sea para padres de lactantes, preescolares, escolares y adolescentes). La etapa de disolución de la estructura familiar puede ser apoyada a través de programas para personas cuyos hijos han dejado el hogar paterno o cuya pareja ha muerto (como los ya mencionados grupos para viudos). Las técnicas de intervención en crisis accidentales de la familia pueden ser más complejas técnicamente, pero siguen el mismo razonamiento anteriormente expuesto. Así por ejemplo, existen grupos para mujeres o de hijos de alcohólicos. Éstos ayudan a los familiares de un padre alcohólico a re-estabilizar el equilibrio familiar frente a la crisis que el bebedor crónico general en la estructura de la familia.

Otras aplicaciones

La aproximación basada en el estudio del ciclo vital ha recibido sólo atención sistemática en las últimas décadas por parte de la psicología académica. Runyan ha señalado que ésta última es típicamente una disciplina nomotética, que busca establecer reglas y leyes generales con respecto al comportamiento humano. El enfoque biográfico, que estudia la evolución del ciclo vital de individuos particulares es por definición ideográfico, centrado en situaciones específicas, y desde él se puede generalizar en escasa medida. Si embargo, en el último tiempo se ha prestado mayor atención a las generalizaciones de mediano o bajo nivel de abstracción. Los estudios psichistóricos o psicobiográficos han sido uno de los desarrollos interesantes de esta unión entre la psicología y la historia. En Francia ha recibido el nombre de historia de las "mentalidades" (*mentalites*), y en Europa ha entrado en boga últimamente. Pretende, a través del estudio de la vida de individuo importantes o representativos de una época dada, extraer conclusiones acerca de las características psicológicas predominantes en dicha época. Los estudios psicobiográficos de figuras históricas del siglo XX tales como Mahatma Gandhi, Hitler o Stalin, o de líderes históricos de otros tiempos, tales como Martín Lutero o Thomas Jefferson son ejemplos de esta aproximación. Otro enfoque, no centrado en un individuo particular sino en un conjunto de personas que vivieron una experiencia común, son los estudios de Lifton acerca de los sobrevivientes de Hiroshima o de los médicos nazis que actuaron en el holocausto de millones de judíos en la Alemania de Hitler.

Fuera de su aplicación psichistórica, el concepto de ciclo vital tiene una aplicación en la tradición filosófica de Occidente, la cual desde los griegos ha privilegiado el autoconocimiento y la autorreflexión. Desde el "*Conócete a ti mismo*" socrático, y pasando por "*La verdad os hará libres*" cristiano, se ha llegado a un verdadero auge, en la segunda mitad del siglo XX, de corrientes ideológicas y movimientos psicoterapéuticos y métodos de crecimiento y desarrollo personales que privilegian la auto-observación del individuo. Freud, el predecesor del enfoque centrado en el análisis biográfico, sólo abrió una compuerta a un sinnúmero de intentos de ayudar a la persona a comprender el sentido de su existencia a través de una exploración vivencial de su pasado individual y

familiar. En numerosas terapias psicoanalíticas se ha comprobado cómo esta exploración del pasado no constituye un fin en sí, sino una herramienta útil para situarse mejor en el presente y para modificar el futuro posible. La preocupación actual por el planeamiento estratégico y por la “futurología” (el estudio científico y sistemático de las tendencias en el mediano y largo plazo) ha demostrado una vez más cómo el hombre quiere siempre ser el artífice de su propio futuro. La psicología social ha estudiado con detenimiento las así llamadas “profecías autocumplidas”: las personas o grupos que afirman que algo va a suceder, ven que lo que profetizaron frecuentemente acaece. Esto se debe a que consciente o inconscientemente crean las posibilidades para que los hechos se den como esperaban. En términos más sociológicos, ha alcanzado cada vez mayor importancia el concepto de “*construcción social de la realidad*”, que aporta en el mismo sentido.

Además de su raíz filosófica griega, el enfoque del ciclo vital tiene otra base en la tradición religiosa judeocristiana, en la cual el concepto de la vida como camino es de antigua data. El filósofo español Pedro Laín Entralgo ha señalado que la concepción cristiana del hombre es la de un “*ens itinerans*” (ser itinerante) cuyo destino es la identificación con el camino de Cristo, que es el camino de la Cruz. Esta visión cristiana de la vida como camino hacia la muerte, la cual a su vez constituye sólo un tránsito, ha sido también reformulada en el siglo XX en la idea de Teilhard de Chardin del Cristo como el punto omega de la evolución. Diferentes desarrollos psicoterapéuticos han introducido la dimensión trascendentes o religiosa en las conceptualizaciones psicológicas. Algunas de ellas son bastante antiguas, como la psicología profunda de Carl Jung, y otras recientes, como la nueva escuela de Viena de Viktor Frankl. El mismo Freud, que si bien tenía una actitud científica y aparentemente agnóstica, presentó una cada vez más fuerte ligazón con su raíz judía. A nuestro juicio, el estudio del ciclo vital desde una perspectiva eriksoniana es una de las áreas donde se da una confluencia entre las psicologías profundas y una concepción religiosa de la persona.

Finalmente, señalemos que el concepto de ciclo vital representa un puente, o elemento integrador entre diferentes disciplinas y áreas del conocimiento. Gyarmati ha subrayado que en nuestros días las disciplinas científicas y profesionales han tendido a fragmentarse y a subespecializarse cada vez más. El marco referencial centrado en el ciclo vital es por ejemplo, igualmente relevante para la psicología general como la evolutiva y social. Ya se ha señalado la forma como la psichistoria relaciona los estudios históricos con los psicológicos. Desarrolla asimismo puentes entre la sociología y el psicoanálisis a través de su descripción del proceso de socialización dentro de la familia. Asimismo, conecta la teoría acerca del desarrollo del individuo y de la familia con la práctica de intervenciones psicoterapéuticas, sean individuales o grupales. Finalmente, conecta las disciplinas biomédicas clínicas con las psicosociales: el concepto de ciclo vital es utilizado tanto por la pediatría y la gerontología como por la psiquiatría. La base biológica de los ciclos vitales se encuentra actualmente siendo estudiada desde la teoría de los ritmos circadianos (cronobiología) así como desde los nuevos enfoques genéticos que intentan la decodificación del genoma.

En los capítulos siguientes se estudiará en detalle las principales etapas y sub-etapas del ciclo vital del adulto, desde la adolescencia hasta la senectud. Además de enfocar este desarrollo desde un prisma biológico y psicosocial, se describirán las aplicaciones prácticas, o sea las intervenciones clínicas o de salud mental que surgen de una perspectiva evolutiva.

BIBLIOGRAFIA

- Berwart H, Zegers B. Psicología del Escolar. Santiago, Chile: Ediciones Nueva Universidad, Colección Teleduc, 1980.
- Erikson E. Infancia y sociedad. México: Hormé, 1968.
- Florenzano R. Diagnóstico Precoz del Beber Problema. Bol San Juan de Dios, 1985.
- Florenzano R, Feuerhake O, Figueroa C *et al.* Validez en Chile de un Cuestionario para Seleccionar Bebedores Problema en Poblaciones. Cuadernos Médico-Sociales (Chile) 1981; 21: 59-61.
- Freud S. Mourning and Melancholia. Vol XVII. Londres: Hogarth Press, 1917.
- Gessell A. Los niños de 1 a 5 años. Buenos Aires: Paidós, 1965.
- Gilligan C. In a different voice. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1982.
- Gyarmati G. Las Profesiones. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1985.
- Hall GS. Adolescence. New York: Appleton, 1916.
- Kohlberg L. Stages in the development of moral thought and action. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Kohlberg L, Turiel E. Recent research in moral development. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973.
- Laín Entralgo P. Antropología Médica. Barcelona: Salvat, 1984
- Lifton RJ. Death in Life: Survivors of Hiroshima. New York: Basic Books, 1983.
- Lifton RJ. The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide. New York: Basic Books, 1986.
- Naisbitt J, Aburdene P. Megatrends 2000: Ten New Directions for the 1990^a. Nueva York: Avon Books, 1990.
- Neugarten B. Time, Age, and the Life Cycle. Am J Psychiatry 1979; 136: 887-94.
- Orpinas P, Valdés M, Pemjean A, Florenzano R. El Test de Evaluación de Beber Anormal (EBBA). Documento CEAP N° 14. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1992.
- Piaget J. El nacimiento de la inteligencia en el niño. Madrid: Editorial Aguilar, 1969.
- Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño. Madrid: Editorial Morata, 1970.
- Pollock G. Mouring and Adaptation. Int J Psycho-An 1971; 42:341-61.
- Runyan WM. Psychology and Historical Interpretation. New York: Oxford University Press, 1988.
- Thomas A, Chess S, Birch H. The origin of personality. Scientific America 1970; 223(2): 102-09.
- Vaillant G. Adaptation to Life. Boston: Little, Brown and Co., 1977
- Watson JB, Rayner T. Conditional emotional reactions. J Exp Psychology 1920; 3:1-14.
- Zegers B, Grebe MP. Temas de Desarrollo. Santiago, Chile: Universidad Gabriela Mistral, 1992.

LAS ETAPAS DE LA VIDA

Lactancia

María Paz Soubllette

El primer período de la vida se caracteriza porque el ser humano aún no toma conciencia de que él es un ser distinto y separado del entorno. El niño nace a partir de otra persona y a pesar de que desde la concepción ya se define como una persona distinta desde el punto de vista biológico, sigue en un estado de dependencia en el sentido que necesita ser amamantado y cuidado para sobrevivir.

En el sentido psicológico, la persona no se define como existencia separada desde el nacimiento con el parto, porque al principio no hay ningún dato de conciencia y la conciencia de algo es lo que define al ser humano como entidad psicológicamente independiente. Como el feto está en una homeostasis asegurada en su entorno, no necesita de la conciencia. La conciencia se desarrollará después del nacimiento a raíz de sensaciones de hambre y otros estados displacenteros que se dan cuando pierde esa homeostasis.

El desarrollo psicológico consiste precisamente en el desarrollo del aparato psíquico en el cual la conciencia juega un papel fundamental, pues tiene la función de dar significados a las vivencias.

Al nacer, entonces, el niño no se vive como existencia separada, la experiencia psicológica del niño no es de ser una entidad distinta, sino que sigue en una unidad simbiótica con la madre bastante tiempo. Aunque la simbiosis es relativa, porque una parte aporta más que la otra, existen estudios que muestran que el funcionamiento hormonal de las mujeres, mientras están embarazadas y después, es un funcionamiento que afecta su modo de percibir. La percepción materna se agudiza transitoriamente en relación a los estímulos que tienen que ver con el bebé y así, es una percepción semejante a la de los animales, de modo que habría una cierta regresión a un funcionamiento más primitivo, el cual se caracteriza por una agudeza perceptual especialmente modificada para estar alerta a las señales de necesidad de cuidados que emite el niño.

Durante el primer período psicológico, como dice M. Mahler (1975), se comienza a producir el nacimiento psicológico. Éste es un proceso en que poco a poco el niño va

asumiendo su existencia individual. Es un proceso que nunca termina, en el sentido que aún a un adulto le cuesta diferenciar lo que son sentimientos propios y los de los demás.

En el caso de un lactante, poco a poco tiene que ir dándose cuenta de que su madre y él no son una sola persona y que son dos seres puestos en un contexto espacio temporal limitado pero distinto. Para el logro de esta diferenciación entre el niño y su madre o cuidador es fundamental que el niño también tenga experiencias de frustración, en las cuales no le es satisfecha su petición de inmediato pues a través de ellas el bebé va tomando nota de su existencia como distinto del otro de quien depende para satisfacer sus necesidades. También es importante que se permita al niño tener momentos a solas e ir logrando pequeñas metas por sí mismo.

Erik Erikson (1983) plantea que el ser humano va pasando por las distintas etapas de la vida a través de la resolución de conflictos inherentes a cada etapa, como ya se vio. En la lactancia el conflicto a solucionar es el de confianza *versus* desconfianza básica: al nacer la experiencia del niño es de una gran confusión. Hay que pensar que ese niño no conoce nada y que las experiencias que ha tenido con los estímulos son rudimentarias. De pronto nace y recibe múltiples estímulos que vienen tanto desde dentro como fuera de su cuerpo. Entonces, la madre, de acuerdo a los cuidados que le va dando, le va haciendo posible contener todo lo que provoca esa estimulación, como también entenderla. Por ejemplo, si un niño tiene hambre, sólo siente un dolor abdominal incomprensible para él. Es la madre, quien al darle leche le comunica en forma no verbal que lo que siente es hambre y que esa sensación se soluciona bebiendo leche. La experiencia de saber que sus necesidades serán satisfechas se traduce en lo que Erikson llamó *confianza básica*. Esto se refiere a un sentimiento de existir en una realidad comprensible y ante la cual hay "soluciones para los problemas", diríamos en lenguaje adulto.

La madre o quien cuida al niño se transforma, en definitiva, en un representante del mundo, todo lo que su madre le comunica constituirá la percepción del mundo que pueda tener el niño en sus primeras etapas. Entonces, el que una madre pueda entender qué le pasa a su hijo recién nacido o de pocos meses es fundamental porque con eso le transmite que el mundo es entendible, manejable y que es un lugar agradable, en el cual se obtienen buenas experiencias. Esa sensación de una realidad eminentemente positiva contribuye también al establecimiento de la *confianza básica*.

Para el logro de esa sensación de confianza es fundamental la experiencia de ser amamantado; en ella, además de recibir alimento, que aplaca un dolor intestinal y una sensación somática desagradable, el niño recibe cariño, y la comunicación afectiva primaria. El niño en esta etapa, tiene una comunicación mucho más parecida a la de los animales; la modalidad de comunicación piel a piel es mucho más efectiva, y por eso el modo en que la madre lo toma le comunica, si es relajada, si es un niño recibido con amor, con temores o con ambivalencias, etcétera.

De algún modo el niño va incorporando esa figura materna que lo entiende y comienza a entenderse a él. Lo nefasto entonces, en el cómo tratar a un recién nacido es la angustia o aprehensión extrema, que no dejan a la madre ver qué le pasa al niño. La

ansiedad maternal muchas veces lleva a la preocupación extrema, lo que implica que muchas señales del niño sean mal interpretadas y así no se permite que el niño vuelva a su homeostasis. Ello va provocando cada vez más intranquilidad tanto en el niño como en la madre, y así mismo, el niño se va formando una sensación que el mundo es hostil, lleno de peligros, porque es un lugar donde conseguir calma es muy difícil.

También la ausencia de algún cuidador que se dedique al niño en sus primeras etapas puede ser entorpecedora del desarrollo temprano. Spitz (1969) demostró en una investigación cuasi experimental que la situación de amamantación y los cuidados tempranos para un niño son fundamentales para ir estructurando la percepción. El único órgano perceptual que desde el nacimiento funciona eficientemente es la boca, que es un órgano de percepción por contacto. Pero a través de la amamantación, en que el niño succiona y ve una *gestalt* perceptual que corresponde a la cara materna, se va configurando la percepción a distancia, ya que se repite una configuración perceptual cada vez que el niño se amamanta y se va agudizando la percepción por la vía ocular. Todo esto además sucede en un contexto que el niño va cargando positivamente de afecto, pues la situación de amamantarse para él tiene un significado muy positivo, al calmar su dolor intestinal.

Así, el vínculo con la madre está bastante asegurado por la necesidad biológica del niño de ser amamantado y esa es una de las razones por las que se prioriza la lactancia materna en la medicina contemporánea. Ahora, existe también una serie de emociones negativas, que son las que despiertan la conciencia del niño, que también tenderá a vincular con la persona que lo cuida.

En todo caso, las consecuencias de la ausencia de cuidados adecuados a un recién nacido han sido demostradas como nefastas. Spitz (1969) mostró que niños en esa situación, presentaban un patrón de desarrollo anormal, en que se detenía el proceso y se observaba lo que llamó “depresión anaclítica” y que otros autores han llamado hospitalismo, en que el niño va perdiendo interés por la realidad, y poco a poco su vitalidad se va perdiendo, pues no espera encontrar satisfacción a sus necesidades y así incluso podría llegar a la muerte.

Sin embargo, no sólo la madre es la guiadora de esta relación. El niño también tiene características personales que harán más o menos fácil su crianza inicial. Chess, Thomas y Birch (1968) fueron los investigadores que dieron científicidad a esta afirmación. Ellos descubrieron que dentro del “equipamiento” genético hereditario existían nueve variables en que cada persona tiene su caracterización, es decir nueve características personales que tienen que ver con el carácter psicológico.

Variables temperamentales:

- *Nivel de actividad*: Hay niños que se caracterizan por ser más pasivos que otros, sin que ello tenga que ser necesariamente atribuible a diferencias ambientales.
- *Ritmicidad de las funciones biológicas básicas*: Se refiere a la regularidad de los ciclos de sueño-vigilia o hambre-satisfacción, que es variable en los niños.

- *Tendencia a la aproximación o retiro frente a lo desconocido*: Comúnmente hablamos de niños más tímidos o menos tímidos. Los estudios demuestran que esta variable tiene una importante carga genética.
- *Adaptación de la conducta frente a cambios ambientales*: Existen diferencias en cuanto a la capacidad de funcionar adecuadamente frente a los cambios de situación. Hay niños que se adaptan rápidamente a los cambios y otros que demoran mucho.
- *Umbral o sensibilidad a la estimulación*: Magnitud de los estímulos necesaria para que se desarrolle una respuesta específica a ellos.
- *Intensidad del nivel de respuesta*: Se podría homologar esta variable a “irritabilidad”. Es decir, se refiere a las reacciones diferenciales frente a estímulos.
- *Humor general*: Los niños suelen caracterizarse por un humor especial. Hay niños que se aprecian incómodos la mayoría del tiempo y desde muy temprana edad, como hay otros que parecen estar “muy bien consigo mismo”.
- *Distractibilidad*: Existen diferencias muy tempranas también respecto a cuán fácil los estímulos del entorno acaparan la atención de una persona.
- *Duración de la atención o persistencia en una actividad*: Esta variable se relaciona con la anterior y se refiere a las diferencias personales respecto de la atención en un estímulo o actividad.

Estas variables tendían a agruparse de tal modo que se pudieron definir tres grupos de niños típicos: *niños fáciles*, *niños difíciles* y *niños de lenta adaptación*. Los niños fáciles son niños que aceptan el cambio fácilmente, cuyos ritmos de sueño y vigilia se regularizan fácilmente, etc. Los niños difíciles serían aquéllos en que la configuración o combinación de todas las actividades mencionadas hacen muy difícil comprenderle, implicando ello una gran demanda para la madre. Los niños de lenta adaptación, en cambio, se caracterizan porque les cuesta asumir cambios en el entorno, pero que tras asumirlos, se regularizan con relativa calma.

Tomando en cuenta la existencia de una relación entre un niño que ya trae algunas bases genéticas para el desarrollo de su personalidad y la madre, que a su vez tiene una personalidad ya conformada, con múltiples matices de diferencias, podemos entender que en esa relación se van produciendo miles de situaciones que son importantes para formar la personalidad, porque son las primeras experiencias vitales.

Desarrollo del pensamiento en la lactancia

Desde el punto de vista del pensamiento, Jean Piaget (1969) ha definido la primera etapa de la vida como crucial para la comprensión de la realidad: también el desarrollo cognoscitivo se basa en la primera comprensión por parte del niño, de que él es un ser individual, dentro de un tiempo y espacio limitado. Este investigador se dedicó al estudio del desarrollo de las formas de conocimiento, construyendo una teoría sobre cómo se va

formando el pensamiento adulto, a través de la observación exhaustiva del comportamiento de sus tres hijos: observó que los niños parten conociendo el mundo a través de a actividad motora y de los cinco sentidos.

Para Piaget, el primer período del desarrollo de la inteligencia depende de la ejercitación de la actividad motora y sensitiva. Es decir, los cinco sentidos y la motricidad que el niño pueda desarrollar en esta etapa son fundamentales. Es por eso que el primer período de vida lo denominó “período sensorio motriz” y determinó que dura aproximadamente hasta el año y medio, donde se comienzan a usar imágenes mentales: ya no todo depende de la actividad perceptual y motora en el aquí ahora.

Al nacer, el niño no se percata de que hay un *yo* y un *no yo*, es decir de su emplazamiento individual en el entorno, y sólo tiene una experiencia indiferenciada del presente, sin tiempo, sin objetos. Lo único con que cuenta el recién nacido son los sistemas reflejos: el reflejo de Moro, el reflejo de marcha y los dos reflejos esenciales para la alimentación que son el de succión y el de rotación (dar vuelta la cabeza hacia el lado de la cara en que esté recibiendo un estímulo táctil). También el niño cuenta con sistemas sensoriales y motores que reciben sensaciones desde fuera y dentro del cuerpo.

El punto de partida del desarrollo del pensamiento son algunos de estos reflejos, que en la medida que se van encontrando con distintos estímulos en el ambiente, se van ejercitando y se van modificando, dando origen a nuevos comportamientos, y trayendo nuevas experiencias al niño.

El lactante, por ejemplo, chupa cosas, ya que cuenta con el reflejo de succión. Al chupar va conociendo lo que es duro, lo que es blando, lo que es agradable de chupar y lo que no, y va teniendo distintas sensaciones relacionadas con la acción de succionar. Asimismo, va modificando y afinando sus movimientos, como también tomando nota que su conducta sirve para algo que le es placentero: eso es un primer establecimiento de relación que acarreará mayor ejercitación.

Los nuevos comportamientos que resultan de esta ejercitación, se van independizando de las cosas y se van aplicando a otras, como también se van a coordinar entre sí; el niño al principio no toma las cosas con una intención y se las dirige a la boca por chuparlas, pero alrededor de los seis meses ya no hay casi objetos que escapen a esta investigación. Después no sólo toma objetos, sino que sacude, levanta, etc., va repitiendo lo que le parece interesante y poco a poco se va dando cuenta de que a través de su conducta puede modificar el entorno.

Entonces, el desarrollo del pensamiento tiene como punto de partida los siguientes elementos:

- Capacidad de acción: lo que genera experiencias.
- Sistemas sensoriales: se supone que todos los sistemas están completos y dispuestos funcionalmente al momento de nacer. Estos sistemas permiten recibir estímulos, que al darles significado, son experiencias.

- Capacidad de relacionar.
- Capacidad de expresión: con ello el niño va comunicando a su madre su placer y displacer y así “le guía” respecto de los cuidados requeridos.

A partir de sus observaciones, Piaget ve cómo poco a poco a partir de reflejos muy básicos, se van construyendo nuevos comportamientos; también se va dando cuenta de que en esta etapa no hay actividad mental independiente de la acción, es decir, que el niño no piensa en nada que esté fuera del aquí y ahora.

Por ejemplo, el niño ve a distancia un juguete familiar y aunque sea así, tiende a repetir la conducta que siempre le aplica. Un objeto escondido es, hasta aproximadamente los ocho meses como si no existiese, no se busca, es tan indiferenciado el *yo - no yo*, que para el niño su juguete y la conducta que comúnmente le aplica son casi lo mismo.

Sólo a partir de los ocho meses comienza a buscar, pero al principio sólo busca si le interrumpen su acción con el juguete. Así es como comienza a entender que los objetos permanecen, independientemente de su acción con ellos. También su madre, que en principio respondía todas sus demandas, ya se comprende como alguien independiente con quien hay que comunicarse para que entienda la demanda y que en algunos momentos puede no estar disponible.

Infancia

María Paz Soubllette

La segunda etapa de la vida comienza con varios cambios: en el plano del pensamiento, el niño de pronto comienza a manejar imágenes de la realidad. Es decir, ya no toda su actividad mental depende del aquí y ahora, sino que también imagina cosas. Esto se da porque el pensamiento domina símbolos, es decir, representantes de las cosas y esto posibilita el lenguaje. Por otra parte, hay una serie de cambios en la maduración neurológica y motora, de modo que se hace posible el caminar y con ello la percepción del mundo cambia, pues con la posición erguida hay dominio de horizontes perceptuales.

En el plano del pensamiento, el dominio y ejercitación de la capacidad simbólica es un logro de la etapa y es lo que se ejercita en ella. Los símbolos son representantes de los objetos concretos como también de las ideas. El niño a esta edad logra comprender, por ejemplo, que para referirse a una manzana, al decir manzana ya la evoca y que no es necesario tener una manzana presente para entenderla o referirse a ella. El entendimiento implícito de la relación de un símbolo con lo simbolizado permite, por ejemplo, el juego de ilusión o representativo, que es aquel juego en que el niño ya no sólo manipula objetos, sino que hace representaciones de situaciones vividas en la vida cotidiana.

La función simbólica da una movilidad impresionante al pensamiento, pues ya no sólo habrá la posibilidad mental del aquí y ahora, sino la posibilidad de imaginar y pensar en asuntos que estén fuera de las circunstancias inmediatas. Es la misma función de simbolización la que da el punto de partida al lenguaje, vehículo del pensamiento. Es decir, se abre la posibilidad de comunicar su pensamiento, y ello, a su vez, facilita el desarrollo intelectual. En todo caso, las primeras palabras están inmensamente ligadas a la acción motora y son sumamente onomatopéyicas (por ejemplo, los autos suelen designarse por el ruido que provocan ("brrr"), como también los animales). Progresivamente se irá logrando una simbolización más independiente de lo perceptual.

El tipo de pensamiento de esta etapa se denomina simbólico preconceptual, pues a pesar de usar símbolos, éstos están muy ligados a la experiencia personal con las cosas (por ejemplo: el niño que tiene un perro tenderá a pensar en todos los perros según la imagen que él tiene de su perro). Esto tiene que ver con que aún no se comprende la diferencia entre categoría conceptual general y un elemento o sujeto particular de la misma categoría. Ese nivel de pensamiento inclusivo, se logra mucho más tarde.

Lo que sucede es que el pensamiento al comenzar no funciona con lógica, el niño piensa y establece relaciones en base a sus afectos y a su experiencia particular. Ve las cosas desde el prisma de sus deseos e intereses, por eso decimos que es egocéntrico. Esto quiere decir que está muy centrado en lo propio, no diferencia entre lo objetivo y lo relacionado con él. De algún modo el niño siente tener un papel central en el universo y que todo está relacionado con su actividad y sentimientos. Esto sucede por la naturaleza subjetiva y afectiva de la visión del mundo por parte del niño. Cree que lo inanimado tiene sentimientos como los suyos, que sus pensamientos son capaces de cambiar los hechos, no comprende que pueda haber puntos de vista distintos al suyo, pues no es capaz de diferenciar el punto de vista propio y el punto de vista de otros.

Anteriormente se mencionó que otra característica de este pensamiento es su fuerte ligazón a lo perceptual. A pesar de que lo que activa la mente del niño no es sólo el aquí-ahora como sucedía en el período sensorio motor, su pensamiento está muy dominado por lo perceptivo. La apariencia de las cosas, más que su esencia, es lo que impregnan el conocimiento del niño, y así una misma cosa toma apariencias distintas, según su estado, para el niño varía (por ejemplo: es difícil que comprenda la solidificación del agua en el hielo). El niño se impresiona por detalles que a un adulto le pueden parecer irrelevantes, pues el adulto jerarquiza según la importancia más objetiva de las cosas y el niño jerarquiza según lo que le parece más importante.

Simultáneamente, el niño en esta etapa comienza a desplazarse y con ello a tener nueva diversidad de experiencias. Todos los comportamientos del niño tienen una valoración por parte de quienes lo cuidan, es decir, los adultos van "evaluando" lo que va haciendo, y así mismo le van comunicando aprobación o rechazo a su conducta a través de gestos o al decirle "sí", "no", "bien", etc. Esto significa que el niño irá sintiendo, de acuerdo a lo que comunican sus seres queridos, que su desplazamiento y conductas son aprobadas o rechazadas. En ese sentido es que Erikson (1983) planteó que el conflicto

central de esta etapa es el de la autonomía *versus* la vergüenza y duda. Es una etapa en que, nuevamente, la tranquilidad de quienes lo cuidan puede tener efectos sobre el desarrollo de la autonomía. En esta etapa los niños se dedican a explorar su entorno probando así sus nuevas funciones: la marcha y lenguaje. Es como si el niño estuviese constantemente ejercitando sus nuevas capacidades, dándose cuenta de su independencia y de las limitaciones de estas capacidades. El sentimiento de duda lo ayuda a tener límites en esta exploración, y el desarrollo de la vergüenza es el inicio del proceso de distinción entre lo correcto y lo incorrecto.

En la fase final de esta etapa, entre los dos y medio y los tres años, hay toda una transformación de la personalidad que tiene que ver con una nueva organización en torno al yo como eje central o estructura psíquica directriz del propio comportamiento. Lo que sucede a esas alturas es que el niño toma conciencia de que su existencia es diferenciable de la existencia de otros, y por sobre todo que ello implica ser centro causal como también centro de motivaciones e intereses particulares y distintos a los de otras personas. Es decir, hay una vivencia nueva que es la de ser centro de acciones, ser centro de experiencias y también centro de decisiones.

La novedad dentro de esta nueva configuración es que se estructura también la voluntad. El niño toma conciencia de que él puede tomar algunas decisiones respecto de su comportamiento y hacer elecciones voluntarias. Como cualquier nueva función, la voluntad requiere de ejercicio para dominarla y es por ello que a esta edad surge una especial tendencia de los niños a ser voluntariosos y opositoristas en relación a los mandatos de la autoridad. La típica porfía de los niños alrededor de los tres años, es una manifestación del surgimiento de la conciencia de yo y de la voluntad, lo cual ha de ser ejercitado. Este ejercicio de la voluntad es absolutamente normal y necesario en el desarrollo y se presenta casi como un ejercicio en vacío en que el niño se opone sólo por oponerse y así constatar que sus motivaciones pueden ser distintas a las de otro y que se es dueño de la propia conducta. A este fenómeno se le llama etapa de la *autoafirmación*.

Este cambio en la configuración de la personalidad es en realidad una síntesis de procesos anteriores; la maduración biológica que permite ir logrando un cierto dominio y control sobre el propio cuerpo, especialmente cuando se domina la marcha (como también la posibilidad de control de esfínteres, que permite un gran avance en términos de la independencia de los cuidados parentales); la capacidad cognoscitiva de comprenderse como un objeto epistemológicamente independiente; y el desarrollo de la noción de causalidad.

Uno de los referentes más claros de que el yo se ha configurado como estructura es que el niño deje de hablar en tercera persona y comience a hablar de sí mismo como "yo". Eso es un logro que muestra que internamente el niño se ha comprendido como persona distinta de las otras y como dueño de su persona a la vez, pues si bien a esta edad el lenguaje avanza en su gramaticalización y vocabulario, a una velocidad impresionante, también depende de logros afectivos como este último.

Etapas preescolar - edad del juego

María Paz Soubllette

Entre los cuatro y cinco años, el niño tiene progresos importantes en la independencia con respecto a sus seres queridos, lo que en la mayoría de los casos esto le permite pasar a integrarse con otros niños en las actividades del jardín infantil.

Desde la perspectiva de Erikson (1983) el conflicto central de esta etapa es el de iniciativa *versus* culpa. La autonomía lograda, conduce a que en esta etapa el niño elabore ideas a desarrollar por iniciativa propia. De algún modo el niño de esta edad se desenvuelve de tal modo, que puede estar dispuesto a encarar nuevas experiencias, iniciar nuevas "empresas" de exploración o conocimiento del mundo, por el sólo placer de dominar otros aspectos de la realidad. La contrapartida de este sentimiento es la culpabilidad por la sensación placentera que acarrea el plantearse metas que pueden ir más allá de las propias capacidades o de los límites que le ha impuesto a su comportamiento la influencia de la autoridad.

La meta de esta etapa entonces, es llegar a un equilibrio entre el desarrollo del sentido de responsabilidad y ser también capaz de disfrutar de las experiencias de vida. El sentido de responsabilidad se produce por un mecanismo psicológico complejo a través del cual cada persona va incorporando las características de personalidad, actuando y sintiendo como sus padres lo hacen. Este mecanismo se denomina identificación: la identificación progresiva hará que a finales de esta etapa ya no sea tan necesaria la imposición externa de normas, pues el niño va a regular su comportamiento de acuerdo a lo que sus pautas internas le guíen indicándole "lo bueno y lo malo".

Otra característica del preescolar es la capacidad de vivir en el mundo de la fantasía; es la edad en que todo lo que sea juego de fantasías es importante. La movilidad de su pensamiento le permite comprender que la relación del símbolo y lo simbolizado no es única (por ejemplo, un pedazo de papel puede representar primero a un avión, después una manta y después una bomba, todo ello en el mismo juego). Es por esta predominancia de la fantasía que las dinámicas, motivaciones y afectos del niño se vuelven especialmente transparentes en su actividad predominante: el juego. En el juego de un niño los adultos podemos leer sus motivaciones, conflictos, temores y angustias fundamentales. Lo mismo ocurre con el dibujo. Eso los vuelve métodos diagnósticos y terapéuticos importantísimos para la psicología. Por ejemplo, ante un evento traumático, como puede ser una operación tras un accidente, el niño puede elaborar los intensos afectos que ello le produjo, a través de jugar en repetidas ocasiones al accidente. Con ello va aliviando la angustia que estos recuerdos provocan, y comprendiendo la situación. Esto nos lleva a reconocer la necesidad de que los profesionales de la salud conozcamos estas importantes vías de expresión infantil.

En el plano del pensamiento, si bien el niño sigue en un nivel simbólico, hay algunos avances que conducen desde el pensamiento simbólico preconceptual al pensamiento intuitivo. La diferencia fundamental radica en que el niño en la fase preconceptual

establecía relaciones mucho más basados en sus afectos y en esta fase, prima más lo perceptual: las estructuras perceptuales maduran lo suficiente como para que los errores perceptivos sean similares a los de un adulto y entonces, establece relaciones que si bien son aún arbitrarias, su arbitrariedad tiene que ver más que con dinámicas afectivas, con errores perceptuales que son provocados por las propiedades de los objetos. Así el cambio de disposición de un grupo de objetos, que hace que el grupo aparezca como mayor o menor que lo que era en su posición original, engaña al niño, como también puede engañar a un adulto si no hace un análisis de que el grupo de objetos no varía sólo por el cambio de su disposición espacial. En el pensamiento intuitivo el niño se va dando cuenta, o al menos tiene las primeras aproximaciones, al hecho que su perspectiva no es la única posible, y que sí hay otros puntos de vista válidos en la realidad.

La mayor participación social del niño pequeño en distintas actividades comunitarias, ya sea en el jardín u otras oportunidades, le exige descubrir que sus pensamientos no son iguales a los de los demás, es decir, le exige ser menos egocéntrico, esto también ayuda al paso del pensamiento preconceptual al intuitivo.

Edad escolar

Beatriz Zegers

Primer cambio de configuración corporal. Esta etapa se inicia con el cambio de configuración corporal y finaliza con el comienzo de los procesos madurativos pre-puberales. Es un período que abarca aproximadamente 5 años. El *período del primer cambio de configuración corporal* se caracteriza por una modificación fundamental en la apariencia física del niño, operándose también un cambio en el comportamiento, con formas nuevas de percibir y razonar.

El niño pre-escolar es un niño de vientre abultado, sus facciones son redondas, sobresaliente, domina la cabeza en relación a la estatura total, las extremidades son relativamente cortas. Con el cambio de configuración corporal cambian las proporciones corporales, se perfila la curvatura de la columna, se opera un rápido desarrollo del sistema muscular, lo que trae consigo una disminución proporcional del tejido adiposo, se alarga la cara y los rasgos faciales adquieren formas individualizantes, la frente disminuye proporcionalmente respecto de los otros segmentos de la cara, el cuello se hace más largo y robusto, se completan los procesos de mielinización y se observa una maduración en las conexiones nerviosas, lo cual posibilita el control de la motricidad fina.

En lo psicológico se observan cambios en las funciones cognitivas básicas de atención y concentración, percepción y también memoria, cambios todos asociados con la madurez cognitiva para ingresar al colegio. También se aprecia labilidad emocional y en el sentimiento vital, en los estados de ánimo, observándose una afectividad acrecentada y un aumento de la intensidad de las expresiones emocionales. El niño se vuelve

vulnerable a la frustración lo que se hace evidente en la labilidad el sentimiento de sí mismo, lo que se traduce en inseguridad e insatisfacción.

El período de cambio de configuración corporal viene a ser una fase crítica del desarrollo, donde se incrementa la vulnerabilidad orgánica, lo que se manifiesta en un aumento en el número de consultas médicas. Sin embargo, esta fase crítica implica obviamente un avance, pues se supone que tras aquel proceso podría estar en condiciones de aprobar lo que se ha denominado “pruebas de madurez escolar”: se refiere a una serie de criterios que permiten discernir si un niño tiene las características afectivas, sociales y cognitivas que le harán posible comenzar el proceso de aprendizaje de lectoescritura.

Madurez escolar. La madurez escolar, por ejemplo, es alcanzada cuando el niño de pensamiento intuitivo domina suficientemente bien el lenguaje como para comenzar a intentar escribirlo; puede controlar su coordinación fina como para realizar los pequeños trazos dirigidos que implica la escritura. En los aspectos afectivos, el niño “maduro” tiene que haber logrado un control con facilidad y disposición a atender y concentrarse, postergando los deseos de jugar o realizar otras actividades que le resulten más placenteras. Lógicamente, esto implica lograr una independencia bastante grande con respecto a la madre y otros familiares.

El concepto de madurez escolar corresponde a un constructo psicológico que se utiliza ampliamente para referirse al “*estado general del desarrollo del niño*” previo al ingreso del niño a la educación formal. Rempelin la define como “*la capacidad que aparece en el niño de apropiarse de los valores culturales tradicionales, junto con otros niños de su misma edad y mediante un trabajo metódico*”.

El *aprestamiento* es un término análogo al de madurez escolar, derivado del “*readiness*” anglosajón y que se refiere a una disposición, un estar listo para realizar determinados aprendizajes. Así por ejemplo, para que el niño pueda aprender a leer, debe poseer una maduración visual que le permita ver con claridad objetos tan pequeños como una palabra, que tenga la capacidad de manejar signos y símbolos y dominar la estructuración espacio temporal necesaria para poder leer.

La madurez escolar se refiere tanto a la maduración de funciones cognitivas, como a la maduración socioemocional, siendo necesario que el niño distinga juego de trabajo, que sea capaz de incluirse en un grupo como comunidad de trabajo, relativa independencia del cuidado de la familia, especialmente de la madre, y estabilidad afectiva.

En síntesis, el niño que ha resuelto las tareas propias del desarrollo de la etapa previa será un niño que estará en mejores condiciones para ingresar al colegio. Así por ejemplo, Erickson señala que la tarea final de la Primera Infancia es el logro de un sentido de iniciativa, el cual consiste en una exploración activa del ambiente.

Edad escolar. Pasado este primer período, se observa un apaciguamiento de la vida afectiva, hecho que fue observado por Freud, llevándolo a postular a ésta como una

etapa de *latencia*, señalando la disminución de impulsos sexuales, lo que lo libera de conflictos y le da la posibilidad de dedicarse a cultivar su mente. Si bien en términos generales lo afirmado por Freud ocurre, siendo cierto que el niño presenta un grado de adaptación más racional con su ambiente, la edad escolar no es una etapa de latencia en el sentido de disminución del impulso sexual. Los niños de esta edad presentan conductas de curiosidad sexual. El niño de edad escolar es típicamente inquieto, activo y juguetón. Es una época que se caracteriza por el aumento de la vitalidad y que se manifiesta en una mayor actividad, lo cual se constata en los juegos de los niños y los intereses que se manifiestan. El ambiente debe favorecer y ofrecer las oportunidades para que el niño realice bastante actividad, ya que la actividad ayuda al control del propio cuerpo y a la adquisición y dominio de destrezas, las que se relacionan con el concepto de sí mismo.

Pero también el niño es sociable, lo que se manifiesta en el deseo de tener amigos (amigos que son del mismo sexo) y en la búsqueda de amigos y compañeros de juego, le gusta participar en grupos, formar parte de “clubes” y demuestra un afán de compañerismo acentuado. Las motivaciones sociales son importantes ya que aseguran el papel socializador de los amigos y que en esta edad se ejercitan a través de juegos de reglas porque desea formar parte de un grupo.

Otra característica del niño de edad escolar es el deseo que muestra por aprender, por conocer y entender la realidad. Es así que el niño manifiesta normalmente una actitud curiosa y exploratoria a la que debe responder la educación. Es la edad en que habitualmente se despierta el interés por saber, produciéndose una primera diferenciación de los intereses, de acuerdo a predisposiciones individuales y también de acuerdo a los sexos. Estos intereses se ven favorecidos por los avances en el plano cognitivo, los que se manifiestan en la organización del pensamiento lógico.

El afán de hacer las cosas lo mejor posible, de rendir, se intensifica junto con el afán de conocimiento. El escolar se orienta a producir y realizar cosas, lo que se observa en todas las actividades: en el juego y las competencias deportivas, en el deseo de probarse una y otra vez, en obtener éxitos y distinciones, lo cual se asocia al sentimiento del propio poder y del propio valor.

La etapa adolescente

Ramón Florenzano

Los adolescentes se han tornado un grupo que concita cada vez más preocupación social. Esto, por el aumento de sus conductas de riesgo. Estas conductas han aumentado en Chile en las últimas décadas, como lo muestran distintos estudios epidemiológicos. La preocupación por los adolescentes, se liga también al creciente número de jóvenes que existen hoy en nuestro país: dada la menor mortalidad infantil, más niños hoy sobreviven y llegan a ser jóvenes. Este mayor número de adolescentes debe ser educado, debe tener trabajo y reclama utilizar su tiempo libre. Esto pone en tensión a los sistemas laborales y crea

una industria de la entretención dirigida a los jóvenes. Este grupo requiere mayor educación. Ésta se ha prolongado en las últimas décadas: hay más información que traspasar, y los avances de la tecnología requieren una mano de obra cada vez más especializada. A pesar de que más del 60% de los jóvenes en Chile, hoy día terminan su educación media o secundaria, no están capacitados aún para desempeñar satisfactoriamente un oficio o una actividad pagada. Esto hace que requieran entrar a un tercer ciclo educacional, el de la educación superior o profesional y prolongar su período de aprendizaje.

Hace cincuenta años, la mayor parte de la población, al llegar a la veintena, estaba trabajando; hoy día muchos jóvenes no tienen trabajos pagados antes de la tercera década de la vida. Las tasas de desempleo juvenil sobrepasan con mucho las de la población adulta. La formación que requieren los jóvenes ya no puede ser proporcionada por la familia, uno de cuyos roles tradicionales fuera el proporcionar socialización para el trabajo: muchos de los oficios o actividades que los jóvenes pueden desempeñar en la actualidad, no existían cuando los padres se formaron: pensemos en la ingeniería de sistemas y en todos los oficios relacionados a la informática. Lo que fue un camino tradicional para la preparación laboral, el aprendizaje de padres e hijos, hoy tiene un cauce muy disminuido. Al prolongarse el período pre-laboral, el joven debe ser mantenido por períodos prolongados por sus padres, lo que lo hace dependiente de ellos más que otrora. Se da la paradoja de los hijos más instruidos que los padres, que dependen financieramente de ellos por mucho tiempo. La actitud del adolescente es percibida como rebelde por adultos menos preparados intelectualmente, lo que explica muchas tensiones y enfrentamientos.

Otro corolario de los hechos anteriores es una brecha entre la maduración biológica y la capacidad laboral del sujeto. Éste es capaz de procrear, tiene la fuerza física de un adulto, pero no está socialmente en condiciones para trabajar. Ello hace que deba suprimir muchos impulsos en los planos sexual y agresivo, por períodos a veces muy prolongados. Esta diferencia tiene que ver también con el ya mencionado “*choque generacional*”. Así mismo, cambios en la organización laboral influyen en la oferta de trabajo hacia los jóvenes. En la medida que la necesidad de mano de obra es cada vez más sofisticada, es menos necesaria la fuerza física que el joven tiene en abundancia. Las fabricas y otros lugares de trabajo se computarizan, requieren cada vez menos personal humano, y aumentan las dificultades del joven no entrenado para tener una inserción social clara.

Han sido frecuentes en América Latina las recesiones económicas con altas tasas de desempleo. Esto hace que la sensación del muchacho de falta de oportunidades sociales sea muchas veces dramática: el desempleo juvenil es varias veces mayor al desempleo social general. Los problemas de empleo se pueden ligar a otras consecuencias sociales adversas: aumento de la delincuencia juvenil y de las conductas antisociales y deterioro de la salud mental del joven. El subempleo crea otro círculo vicioso, en el cual el adolescente, para ganar cantidades pequeñas y ocasionales de dinero, deja de estudiar.

Ello a su vez, limita sus posibilidades de capacitarse en el nivel requerido por la sociedad actual.

Desde el punto de vista del mercado, por otra parte, se ve al joven como un subgrupo consumidor importante, y se le vende entretenimiento, música, vestimentas y otros productos. Éstos, en la práctica sólo pueden ser adquiridos por un segmento pequeño de la población adolescente, vale decir, los que pertenecen a niveles socioeconómicos medios y altos. El resto se ve expuesto a un bombardeo de propaganda, sin ser capaz de adquirir o de incorporarse a la panacea mostrada como "el mundo juvenil". Este efecto de demostración tiene también que ver con las tendencias al aumento de la delincuencia adolescente.

Muchas de las conductas en las que incurren los adolescentes, se transforman, más adelante, en problemas de salud. Los hábitos alimenticios, de actividad física, de ingesta de sustancias químicas, etc. que se adquieren en este período de la vida, se mantienen habitualmente a lo largo de la vida adulta, y se relacionan con muchos de los problemas de salud habituales y típicos de las generaciones mayores, tales como obesidad, alcoholismo o tabaquismo. Un ejemplo claro de lo anterior es el consumo excesivo de sustancias químicas: se aprende a beber o fumar en la adolescencia, pero las consecuencias del uso inmoderado de alcohol surgen sólo a los treinta o cuarenta años de edad. Recientes estudios epidemiológicos han documentado cómo al ingresar a la enseñanza media, casi el 20% de los escolares ha consumido alcohol, y alrededor del 30% ha probado tabaco. Cuatro años después, más del 80% consume alcohol y el 70% fuma.

El embarazo adolescente es otro ejemplo de una conducta juvenil con consecuencias a largo plazo. La maternidad precoz implica mayores porcentajes de ilegitimidad, mayor interrupción de los estudios de las madres, menor peso al nacer y frecuente desnutrición del niño. Se genera así un círculo vicioso en que pobreza, familia numerosa, falta de educación y de posibilidades laborales se refuerzan mutuamente. El destino de las relaciones de pareja que se formalizan a temprana edad, precipitadas por un embarazo prematuro, es peor que aquéllas que se concretan después: hay una relación directamente proporcional entre matrimonios tempranos y fracasos matrimoniales posteriores con posible separación. Los hijos no deseados tienen mayor probabilidad de ser golpeados y maltratados físicamente por sus padres, y de presentar conductas violentas durante la adolescencia. Muchos casos de ideación suicida crónica se encuentran entre estos hijos no deseados.

Una tercera situación de salud negativa para los adolescentes, son los accidentes del tránsito y las violencias de diferente tipo, las cuales constituyen su principal causa relativa de muerte. Las conductas riesgosas de los adolescentes son, por lo tanto, un importante tema de estudio. Jessor y Jessor han planteado que estas conductas de riesgo en salud, se concentran en un mismo grupo de jóvenes, que tiende a consumir alcohol y drogas, a involucrarse en situaciones violentas, y a tener una actividad sexual temprana.

El desarrollo adolescente normal: definiciones

Es importante conocer los pasos de la transición adolescente normal, para comprender muchas actitudes y conductas de los jóvenes. La adolescencia constituye el período de la vida en que el niño deviene adulto. Etimológicamente, el término “*adolescere*” significa crecer hacia la madurez. El comienzo de la adolescencia es biológico, ya que se produce por cambios endocrinos y sus consecuencias en el cuerpo, y su fin es psicosocial, estando dado por el momento en el cual el adolescente define sus elecciones de pareja y vocacionales. La afirmación anterior, siendo correcta, abre una amplia gama de interpretaciones en cuanto a los momentos de comienzo y fin de este período. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha preferido, para evitar confusiones, utilizar criterios cuantitativos, definiendo adolescencia y juventud por grupos de edad. Para la OMS, la adolescencia es la etapa que ocurre entre los 10 y 20 años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológicos. La juventud, por otra parte, es el período entre los 15 y 25 años de edad. Constituye una categoría sociológica, caracterizada por asumir los jóvenes con plenitud sus derechos y responsabilidades sociales. Ambos conceptos engloban un período transicional con importantes cambios globales (biopsicosociales) de la persona. Dichos cambios han sido esquematizados dentro del concepto de “Tareas del desarrollo”, que han sido definidas así por Havighurst:

“Surgen en cierto período de la vida del individuo cuya debida realización lo conduce a la felicidad y al éxito en las tareas posteriores, y cuyo fracaso conduce a la infelicidad del individuo, a la desaprobación de la sociedad, y a dificultades en el logro de tareas posteriores”.

Erik Erikson considera que la tarea crucial de la adolescencia es la *búsqueda de la identidad*. Esta tarea se relaciona en primer lugar, con el verse a sí mismo estable a lo largo del tiempo, con la adopción de una identidad psicosexual definitiva, expresada a través de roles sexuales aceptados socialmente, y con una conducta sexual activa. Muy ligado a lo anterior es el sentirse preparado para la elección de pareja y su estabilización habitualmente a través del matrimonio. Dicha tarea tiene diferentes pasos de “reacciones de práctica” (pololeos), con grados progresivos de acercamiento físico, que se consolida al final del período con la capacidad de estabilizar la relación de pareja en el matrimonio. Una segunda tarea del desarrollo adolescente, es separarse de la familia de origen para considerarse como un individuo aparte. Esta necesidad del adolescente por definirse a sí mismo (contestando su típica pregunta de “¿quién soy yo?”), implica cierto conflicto e incluso rebeldía hacia los padres, a veces necesaria para lograr un grado suficiente de autonomía personal. La independencia psicológica es un paso a veces previo, a otras paralelo, al logro de la independencia social y económica. Esta separación e individua-

ción se logra en forma importante a través del desarrollo de lazos amistosos y emocionales con adolescentes de la misma edad: el centro de gravedad emocional pasa desde la familia y los padres hacia el grupo de pares. Dicha transición es importante y también frágil y surgen problemas cuando las generaciones en pugna no permiten que se atraviese en forma fluida. Una tercera tarea de la adolescencia es la definición de la identidad en el plano de la elección vocacional y laboral. Esta consolidación es quizá la más influida por el entorno sociocultural, geográfico y económico del joven. El adecuado equilibrio entre capacidades, expectativas, logros académicos y oportunidades laborales, determinan, en buena parte, la calidad de vida y satisfacción personal posteriores del sujeto.

Erikson ha descrito cómo el desenlace de estas tareas, denominada por él “*crisis normativa*” de la adolescencia, es la consolidación de la identidad, avanzando el adolescente, entonces a la etapa siguiente (la de adulto joven), o bien quedando en el así denominado “*síndrome de difusión de identidad*”. En él el sujeto, a lo largo de su vida adulta, vuelve una y otra vez a tratar de definir sus áreas de interés o elecciones vocacionales o de pareja. Un seguidor de Erikson, Marcia, ha descrito cuatro diferentes desenlaces de esa etapa: *identidad lograda*, cuando se ha vivido un período de toma de decisiones y se han definido bien las propias elecciones y metas; *identidad hipotecada*, en que el compromiso con la ocupación y posición existen, pero no se ha logrado personalmente, sino presionado por otros; *identidad difusa*, en la que las opciones son variadas y poco estables; y finalmente la así denominada por el mismo Erikson *moratoria de identidad*, en la cual se posterga y prolonga el período de definiciones hacia el período adulto de la vida.

Cambios fisiológicos durante la adolescencia

El cambio físico de la pubertad se ve acompañado por los procesos psíquicos antes descritos: cuando el cuerpo del adolescente cambia bruscamente, el niño debe adaptar su auto-concepto a una realidad física distinta. Estos cambios fisiológicos incluyen variaciones en niveles hormonales, que provocan la aceleración del crecimiento corporal y el desarrollo de la capacidad reproductiva. Estos cambios hormonales son gatillados desde el sistema nervioso central. Se ha descrito dicho proceso como la activación de un reloj biológico, preprogramado desde muy temprano, que comienza a enviar desde el cerebro mensajes hacia el resto del cuerpo en forma de mediadores neuroquímicos. Esta preprogramación corresponde a la por Erikson denominada *epigénesis*.

El crecimiento corporal conlleva aumentos en el peso, altura, desarrollo muscular y forma del cuerpo, hechos todos muy variables tanto desde el punto de vista individual como del género sexual. La especie humana es sexualmente dimorfa. Esto implica que en la adolescencia, los varones tienen un período de crecimiento más largo que las mujeres, y que alcanzan en promedio una mayor estatura. La masa corporal aumenta al doble durante la pubertad, y por su parte, al completarse este crecimiento, la niña tiene

el doble de tejidos grasos que el varón. En condiciones normales, los adolescentes adquieren, alrededor de la pubertad, el 50% del peso corporal ideal del adulto, y llegan al 20 a 25% finales de su crecimiento en altura. Las enfermedades físicas, la desnutrición y el estrés psicosocial pueden afectar la velocidad y el punto final del crecimiento y estatura de ambos sexos.

En esta etapa se acelera el desarrollo sexual, lo que se traduce en la maduración de los órganos reproductivos y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Este desarrollo se da en varias fases, clasificadas por la escala diseñada por Tanner, que define el comienzo de la pubertad por la aparición del vello pubiano en ambos sexos y por el comienzo del crecimiento de los senos en las niñas y del pene y los testículos en los varones. Tal período coincide con el así llamado “estirón del crecimiento” en ambos sexos, y con la *menarquia* en la mujer. La primera menstruación, cuya edad promedio en Chile se produce a los 12,6 años corresponde a la culminación del proceso de aumento de la secreción de estrógenos (hormonas sexuales femeninas) y de desarrollo de los órganos reproductores. Las edades de estos fenómenos varían en forma individual. Los adolescentes se preocupan sobremanera acerca de dichos cambios físicos, por lo que es importante que conozcan las características normales del proceso de crecimiento, así como su amplia variabilidad, también normal. La menarquia, en especial, representa un hito para la niña, que a veces puede acompañarse de confusión o vergüenza, si no ha existido una preparación adecuada para enfrentar tal momento.

La edad de la menarquia ha ido descendiendo desde el siglo pasado en la mayoría de las sociedades estudiadas, lo que es de importancia para comprender algunos de los problemas de embarazos precoces antes descritos. Hace un siglo, la edad de la menarquia y la edad promedio del matrimonio de la mujer coincidían: ambas eran a los 17 años. En la medida que ambos hechos se han alejado cronológicamente cada vez más, los problemas en relación a la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes, ha ido en aumento.

El síndrome de la adolescencia normal

¿De qué modo el adolescente reacciona frente a todos los cambios físicos recién descritos? Dos autores argentinos, Aberastury y Knobel han descrito una serie de síntomas y características que conforman el denominado por ellos “Síndrome de la Adolescencia Normal”:

1. Búsqueda del sí mismo y de la propia identidad.
2. Tendencia grupal.
3. Necesidad de intelectualizar y de fantasear.
4. Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
5. Desubicación temporal.

6. Evolución sexual manifiesta desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital.
7. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta.
8. Separación progresiva de los padres.
9. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

Los síntomas anteriores no son psicopatológicos, ya que representan el correlato emocional y conductual de la compleja transformación que está experimentando el joven, transformación que ha sido comparada con la metamorfosis de la larva en mariposa. Ésta no se da de improviso, sino que en forma paulatina. Por lo mismo, los diferentes componentes del síndrome de adolescencia normal antes descrito, no se presentan de una vez, sino que en varias sub-etapas, que se superponen entre sí. Ellas se han clasificado en: a) la *fase peri-puberal* (o de adolescencia inicial) que va desde los 10 a los 14 años; b) la *fase post-puberal* (o de adolescencia propiamente tal) que va de los 15 a los 17 años, y c) la *fase juvenil inicial* (o de adolescencia tardía) que va de los 18 a los 20 años. Describiremos, en detalle, cada una de dichas etapas a continuación.

Sub-etapas de la adolescencia

Adolescencia inicial. Los cambios biológicos de la pubertad recién descritos, son vividos por el niño como una irrupción de elementos nuevos, irracionales y extraños, en un mundo que hasta el momento era ordenado y previsible. La niña en especial fluctúa en su estado emocional en relación a los cambios hormonales que se acentúan con las primeras menstruaciones. El cambio en su aspecto externo puede, también, preocupar a la muchacha adolescente. Se da cuenta de que los varones la miran, de que su padre no le demuestra ya el cariño físico anterior, y experimenta sentimientos encontrados al contemplarse en el espejo. La re-elaboración del conflicto edípico, en este período, ha sido descrita como de especial importancia en los estudios psicoanalíticos de Anna Freud y Peter Blos. La metamorfosis anterior, en el caso del varón, se centra en el aumento de su musculatura y, por lo tanto, de su capacidad potencial de agresión física. Aparece también la capacidad de eyacular, y con ello las poluciones nocturnas y conductas masturbatorias. El control de la tendencia a la masturbación compulsiva representa un desarrollo de la capacidad psicológica de autocontrol.

Otro elemento importante, en esta etapa, es a nivel del desarrollo cognitivo. De acuerdo a las investigaciones de Piaget y su escuela de Ginebra, se avanza desde el pensamiento lógico concreto del inicio de edad escolar, al pensamiento operatorio formal. Dicho pensamiento se orienta hacia lo posible, y procede contrastando sistemáticamente las alternativas de solución de un problema. Esencialmente hipotético-deductivo, se libera de la realidad concreta inmediata y se adentra en el terreno de lo abstracto y de las operaciones simbólicas. El mencionado pensamiento permite la construcción de

sistemas y teorías y, además, la adopción de una actitud crítica frente a la realidad, tan propia de los adolescentes. Alamos y cols. encontraron, en su estudio de 143 adolescentes chilenos de nivel medio-alto, que si bien desde los 14-15 años disminuye el pensamiento concreto y aumenta el formal, aún a los 16-17 había un predominio del primero sobre el segundo: el 56,7% de los jóvenes estudiados presentaron respuestas concretas y sólo el 43,3% tuvieron respuestas formales.

El despertar emocional e intelectual del adolescente lo llevan también, típicamente, a fascinarse con ideales e ideologías, las que a veces adoptan de un modo fanático, dependiendo del nivel intelectual y emocional alcanzado. En las últimas décadas se han descrito cambios en los adolescentes, caracterizado según Dina Krauskopf por una actitud de transitoriedad y de no compromiso con sistemas ideológicos o de pensamiento de los adultos. La actitud de "*no estoy ni ahí*" es cada vez más frecuente, y es ejemplificada por los porcentajes cada vez mayores de adolescentes que no se inscriben en los registros electorales, alcanzada la edad de votar en las elecciones.

En el plano de las relaciones interpersonales, en esta época comienzan los primeros entusiasmos por otros, a veces del mismo y generalmente del sexo opuesto. Tales enamoramientos fugaces son de carácter narcisista, buscando o bien un reflejo de uno mismo, o una proyección idealizada del cómo se quisiera ser. Los "ídolos juveniles", sean cantantes, figuras públicas o maestros, tienen una característica de lejanía, idealización y cualidad de "amor imposible". Representan asimismo, una elaboración de la relación con el propio progenitor: de allí el interés frecuente de las pre-adolescentes en hombres mucho mayores.

La sexualidad en esta etapa es activamente sublimada, sea en proezas deportivas o en una activa vida social. Tal sublimación es reforzada positivamente por las organizaciones que se preocupan de la juventud: *boy scouts* o *girl guides*, grupos deportivos o de iglesia, etc. En cuanto a la familia, la relación con el progenitor del mismo sexo se distancia, y comienza la reorientación hacia los grupos de amigos. Este cambio de centro de gravedad es muchas veces mal tolerado por los progenitores, produciendo un grado de tensión en la familia que típicamente se exagera en la etapa consecutiva.

Adolescencia media. Este período se caracteriza por el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento a los grupos de amigos. Implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que impacta no sólo al adolescente sino también a sus padres. La familia, que ha sido el centro de la existencia emocional del joven por 14 ó 15 años, ve un desplazamiento del apego hacia ellos y una re-orientación hacia amigos y amigas. El dejar de aceptar fácilmente el control familiar es un paso difícil, pero necesario para conocer sin temor el mundo de los demás y para aprender a relacionarse con los iguales, en especial con los del sexo opuesto. El adolescente en esta etapa oscila entre la rebelión y el conformismo. Para alejarse de sus padres los jóvenes se visten, hablan y opinan muy diferente a ellos, y pasan a ser más leales a su grupo de iguales, conformándose rígidamente a las modas, expresiones y estilos de relación de

éstos. Las pandillas y los grupos de amistades conforman entonces una subcultura cerrada que hace que los padres se sientan excluidos, sea por costumbres o por lenguaje que no entienden o aceptan. El uso excesivo de drogas u otras actividades antisociales surgen dentro de este contexto de búsqueda de actividades que diferencian al joven de las generaciones que le preceden. El joven, para alcanzar más autonomía, necesita demostrarse a sí mismo que es capaz de trazar su camino por la vida y que no precisa de los juicios y directivas de sus padres. Por ello plantea activamente juicios, opiniones y valores propios, sin aceptar ya, automáticamente, los de sus padres. Los errores y contradicciones de éstos son magnificados para facilitar el proceso de desapego.

Se puede otras veces producir una desilusión real al descubrir una conducta o antecedente decepcionantes en la vida de los padres. El desplome de los modelos parentales hace que la relación con los hijos se vea sometida a prueba. Los padres deben confiar en que el vínculo creado en la niñez con sus hijos es sólido, y que el adolescente será capaz de comportarse bien por su cuenta, y no por estar permanentemente supervisado. Esta dificultad aumenta cuando la crisis de la adolescencia coincide con la crisis de la edad madura de uno de ambos padres.

La importancia del grupo juvenil aumenta en forma proporcional al desinterés en los progenitores, y a que el grupo desarrolle, posiciones anti-adultas. Se forman así núcleos de amigos íntimos, que se apoyan y acompañan mutuamente. En estos grupos no se aceptan normas o controles externos, y se da un espacio donde se define la legitimidad o madurez de las propias conductas. El grupo pasa a compensar para el joven la pérdida que implica la separación de los padres, y representa también un lugar donde se exploran costumbres y normas sociales externas a la familia. La conducta es controlada por el grupo respecto a la homogeneidad de todos los miembros: cada uno debe actuar conforme a los patrones valorados por el grupo. El prestigio individual se basa en símbolos (ropas de marca, posesión de objetos, etc.) que son valorizados por todos.

Se puede producir también una diferenciación sexual en la estructura temática de los grupos. Algunos son predominantemente masculinos, orientados hacia la acción y otros mixtos o predominantemente femeninos orientados hacia la socialización y relaciones de tipo sentimental o romántico. Los grupos masculinos encuentran su polo extremo en las pandillas antisociales, que roban y condonan otras conductas agresivas de sus miembros. La homeostasis intrafamiliar implicaba la represión de la conducta sexual del muchacho. Dicha represión se supera paulatinamente en esta etapa, al desplazarse el foco afectivo y erótico fuera de la familia y hacia personas de la misma edad y del sexo opuesto. La transición hacia los primeros pololeos se da en esta etapa, en forma paulatina y tímida primero, y abierta, después. Las actividades de búsqueda entre ambos sexos, son progresivamente mas cercanas y explícitas, y van desde el enamoramiento sentimental y romántico a las primera aproximaciones físicas. Las reuniones grupales pasan a transformarse en grupos de parejas y luego en parejas solas que tienden a aislarse.

Las relaciones sexuales son comparativamente poco frecuentes en esta etapa, dada la prohibición cultural que pesa sobre los encuentros prematrimoniales: no más de

un cuarto a un tercio de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales en este período. El doble estándar de nuestra cultura, más permisivo con respecto a hombres que a mujeres, está variando en las últimas décadas. Psicológicamente, sin embargo, es necesario que exista un lapso de tiempo entre tener la capacidad biológica de relacionarse sexualmente y el concretar esta potencialidad en la práctica.

Lentamente surge, en este período, la capacidad de enamorarse, integrando componentes espirituales, sentimentales y eróticos en una persona, no disociadas en diferentes personas, como en las etapas anteriores. El adolescente es capaz de integrar estos aspectos gracias a la capacidad de utilizar mecanismos de defensa más elaborados, tales como los de fantasía activa (ensoñación), el de sublimar impulsos prohibidos en otros socialmente aceptables, y el de intelectualizar y racionalizar cierto ascetismo. La adolescencia media constituye, entonces, una última etapa en la que pueden ensayarse conductas sin que esta práctica tenga las consecuencias determinantes y los compromisos a largo plazo propias de las etapas consecutivas.

Adolescencia final. En esta etapa terminal de la adolescencia se concreta la consolidación de la identidad del joven. La respuesta a la pregunta ¿Quién soy yo? tiene que contestarse ahora. La búsqueda de vocación definitiva se hace más premiosa y urgente, y es muchas veces estimulada por hermanos o amigos que se casan o comienzan a trabajar. Para muchos adolescentes dicha etapa constituye un desarrollo lógico y no conflictivo de procesos previos. En otros casos, hay conflictos más abiertos, que llevan, a veces, a la así llamada por Erikson *moratoria psicosocial*.

La identidad consiste en la sensación de continuidad del sí mismo (*"self"*) personal a lo largo del tiempo. Dicha identidad hace a la persona diferente tanto de su familia como de sus coterráneos. Ella confiere continuidad a las conductas individuales en diferentes circunstancias, y diferencia al joven de su familia, grupo social, colegas profesionales y laborales, grupo etario y momento histórico. El completar la propia identidad es personal y socialmente necesario para posteriormente, evitar fluctuaciones extremas. La elección vocacional se hace con un costo interno y externo: el cambiarse de una carrera a otra cuesta cada vez más en la medida que transcurre el tiempo. Lo mismo vale para la elección de pareja: el daño emocional que conllevan las separaciones matrimoniales es progresivo.

En cuadros clínicos tales como ciertas neurosis y patología limítrofe del carácter, no se produce este cierre y delimitación de elecciones. El patológico síndrome de difusión de identidad descrito por Erikson, se advierte en sujetos que cronológicamente, van de oficio en oficio, de carrera en carrera, o de pareja en pareja, ya que no han logrado una definición positiva de la propia identidad. La alineación y el fatalismo juveniles, y el cierre prematuro de la identidad, son otros desenlaces anormales de este período más acentuada en la adolescencia inicial que en la tardía. De los 12 a 13 años sólo el 46% de los adolescentes informa experimentar atracción física hacia la mujer que se quiere. Este porcentaje sube a un 83% en el período de 16-17 años. La frecuen-

cia de relaciones heterosexuales encontrada en ese estudio en adolescentes de nivel medio alto, fue de un 36,4% entre los varones. En el mismo sexo, Avendaño encontró un 56,7% entre adolescentes de nivel medio y medio-bajo en el Sector Norte de Santiago de Chile. Las mujeres del último grupo habían tenido relaciones en un 19,4%. Velasco halló un aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales entre las mujeres, desde un 6% a los 15-16 años, hasta un 31% entre los 17 a 19. Todos los estudios, por lo tanto, concuerdan en la mayor frecuencia de conducta sexual activa en el varón de estratos socioeconómicos bajos.

El fin de la adolescencia es, por lo tanto, un cierre de un tiempo de cambio rápidos y de exploraciones, y lleva a uno de compromiso personal y laboral: la adultez joven que, externamente, puede parecer una restricción y una pérdida de los horizontes amplios que caracterizaron al período que acabamos de revisar.

Desarrollo moral en la adolescencia

La relación entre desarrollo físico y moral es un tema que sólo en las últimas décadas se ha puesto de actualidad, quizá ligado al aumento en la frecuencia de conductas riesgosas en el adolescente, tales como consumo de drogas y comportamientos sexuales o agresivos tempranos. Tellings ha señalado que Sigmund Freud se preocupó poco del desarrollo de la moralidad. En un paradigma alternativo al psicoanalítico, el genético-estructuralista, Jean Piaget y Lawrence Kohlberg estudiaron el desarrollo del pensamiento lógico y del razonamiento moral. La visión freudiana de la formación de la moralidad se centra en la aparición de una instancia especializada, el Súper Yo, que resulta de la elaboración del complejo de Edipo. El niño internaliza los valores de ambos padres inicialmente y luego los despersonaliza, y en la escuela y sociedad incorpora principios generales de comportamiento. El niño obedece al Súper Yo inicialmente por temor al castigo y a la pérdida del cariño parental, debiendo buscar constantemente un balance entre las presiones pulsionales del Ello, las constricciones del Súper Yo, y la situación constatada en la realidad externa. Piaget y Kohlberg se preocupan especialmente del desarrollo del *razonamiento moral*, postulando que la moralidad se desarrolla en una sucesión de seis etapas que pueden ser resumidas en tres: una de *moralidad preconventional* que consiste en conceptualizar las acciones como modos de evitar el castigo y conseguir los propios objetivos, otra de *moralidad convencional* en la que estas acciones son vistas como un modo de mantener las relaciones interpersonales y el sistema social, y una tercera, *posconventional*, en la que se aprecia mejor la existencia de principios universales que deben ser individualmente incorporados. En esta etapa los principios toman prioridad sobre las convenciones sociales.

Jane Loevinger en la Universidad de Washington elaboró la descripción de Kohlberg en una teoría ampliada del desarrollo físico, que toma conceptos de los psicólogos del Yo, pero también de Jung y Harry Stack Sullivan. Las etapas descritas por

Loevinger y, en la en la Universidad de Harvard por Stuart Hauser acerca del desarrollo yoico son alcanzadas en distintos momentos por distintos individuos, pero siguen una secuencia invariable de progresión. Estas etapas se resumen en tres grupos: las fases *pre-conformista*, la *conformista* y la *posconformista*. Estas fases se desglosan en niveles desde E2 hasta E9. El nivel E1 no es medible mediante el instrumento de Loevinger, que requiere una capacidad mínima de interacción verbal. Estas etapas se describen a continuación:

- La primera etapa (E2) es la *impulsiva*. En ésta, el control sobre las pulsiones es inestable y se siente que el autodomínio es imposible. No se reconocen las reglas, y las acciones se ven como “buenas” o “malas” según sean premiadas o castigadas. El foco consciente está colocado en la satisfacción de necesidades físicas, y en especial aquéllas gatilladas por los impulsos sexuales o agresivos. Su visión del mundo es concreta y se centra en sí mismo.

- La segunda etapa, de *auto-protección* (E3), se caracteriza por reconocer la existencia de reglas, pero seguir éstas de acuerdo al propio interés. Se evita hacer algo “malo” para no ser sorprendido y castigado. La relación con el mundo es exploradora y de manipulación. Surge un primer impulso independiente, con un foco predominante en el control y la dominancia en las relaciones con los demás.

- En la etapa *conformista* (E4), las reglas se aceptan porque son tales, y la moral es parcialmente internalizada. Aparece vergüenza por la transgresión, y surge la reciprocidad interpersonal, aunque de un modo concreto y centrado en la acción (“pasando y pasando”), más que en término de emociones o motivos. Si se expresan estado internos, éstos son estereotipados, como clichés moralistas. El sujeto en esta etapa se caracteriza por una mayor preocupación por lo material, la apariencia, el comportamiento convencional, su reputación y estatus social.

- En la etapa siguiente o de *auto-reconocimiento* (E5), disminuye la convicción absoluta previa, y surge una conciencia personal auto-reflexiva, capaz de evaluar las propias acciones desde un ángulo introspectivo y capaz de buscar motivos internos o psicológicos para las acciones. Con esta mayor conciencia surge también una mayor independencia del grupo social circundante para seguir normas conductuales estrictas.

- En la etapa *auto-reflexiva* (E6), definitivamente se desvanecen los estereotipos rígidos, con una aceptación de la diversidad e individualidad de cada persona. Las relaciones se comprenden en términos emocionales, más que sólo en términos de acciones o sucesos. La conducta pasa a ser guiada por reglas internas, más que por el “qué dirán” o las reglas legales seguidas mecánicamente. Surge la capacidad de auto-crítica, y se identifican los ideales, valores, expectativas de logro y obligaciones personales.

- La etapa de *individualidad* (E7), se caracteriza por respuestas más complejas, y tolerancia por matices de relación. Se abandona la visión polar, en situaciones en blanco y negro, y se perciben los matices de las situaciones. Se coloca más énfasis en la intersubjetividad y la relación interpersonal específica. Disminuye el énfasis previo en la independencia y aumenta el valor dado a la interdependencia.

– Se llega así a la etapa *autónoma* (E8), donde surge la capacidad para enfrentar los conflictos internos de modo más complejo, por ejemplo, analizando la relación entre compromisos y deseos, o entre ideales contrapuestos. Estos conflictos ya existieron en etapas previas, pero no como un dilema auto-consciente y que requiere de una deliberación voluntaria de parte del individuo. Junto con esta mayor tolerancia por los conflictos internos, aparece también mayor comprensión por los experimentados por los demás, disminuyendo así la actitud de condenación moral fácil. Se acepta la libertad de los demás, la posibilidad de aprender de los propios errores, y se busca ayudar a enfrentar opciones complejas y con respuestas diferenciadas para diversas personas.

– La última etapa ha sido denominada *integrada* (E9), y representa una capacidad de integrar los conflictos llegando a una reconciliación con motivos contrapuestos, y una capacidad de renunciar a lo imposible. Esta etapa culmina la secuencia, y es más teórica que empírica: no más del uno por ciento de los casos estudiados llegan a esta fase. En ella se comprenden los dilemas desde diversos ángulos, y se combinan conclusiones tomando en cuenta factores racionales, emocionales y valóricos.

Aspectos socioculturales de la adolescencia

Durante mucho tiempo primaron en los estudios de la adolescencia las miradas centradas en el mundo interno psicológico del adolescente. Mucho de lo anteriormente expuesto cae dentro de esta tradición, ligada sobre todo a la teoría psicoanalítica. Progresivamente se ha ido enfatizando el contexto interpersonal y social más amplio en que transcurre el desarrollo en esta época de la vida. En este sentido, autores tales como Bandura han desarrollado teorías del aprendizaje social, que muestran la importancia del grupo de pares en la socialización del adolescente, mostrando cómo éstos influyen en sus conductas; asimismo, se ha documentado el papel creciente de la televisión y otros medios masivos de comunicación en las conductas de riesgo anteriormente citadas: cuando la televisión muestra comportamientos agresivos, o publicita adolescentes suicidas de modo exagerado, aumentan estas conductas entre el público juvenil. Estas investigaciones muestran que el modelo psicoanalítico de la adolescencia como un período de “turbulencia y estrés” (Anna Freud, en alemán, habla de *Sturm und drang*), había exagerado. Bandura investigó adolescentes normales, y a sus familias, en lugar de observar a quienes recibían tratamiento psicológico. Encontró que la mayoría de los adolescentes no mostraba oposición concreta a los valores de sus padres, ni se comprometía en actitudes de agresión o rebelión. Al contrario, para muchas personas su adolescencia era un período en el cual desarrollaron mayor confianza y mejor relación con sus padres. Él mostró que la descripción clásica de que los adolescentes presentaban súbitamente una fase de rebelión y buscaban mayor independencia de los padres no era así en la mayoría de los casos, existiendo un gradual aumento en el nivel de autonomía desde la niñez media, a los 6 ó 7 años, en adelante. De modo que cuando se alcanza realmente

la adolescencia, esta independencia ya está bastante establecida. Otro autor, Musgrove, documentó su desacuerdo con la idea de que la segregación del mundo adulto producía automáticamente valores contrapuestos a la sociedad. Planteó este autor que esto depende de lo que el joven está haciendo durante este período. Si las personas están separadas del mundo adulto y tienen una baja autoestima (por ejemplo: los malos estudiantes en la escuela), se formará una subcultura que tiene valores opuestos a la cultura dominante. Si, por otro lado, los adolescentes se segregan pero tienen una mejor autoestima y reconocen los valores de la sociedad dominante, la subcultura juvenil tenderá a adoptar los valores de los adultos y utilizará su tiempo para explorarlo, capacitarse y luego participará plenamente en la sociedad. Esquemas tales como los de "Operación Raleigh" o de aventura supervisada, proporcionan en esta línea a los jóvenes una oportunidad de desarrollar sus capacidades a través de actividades que, aunque separadas, son en general respetadas por el mundo adulto, permitiéndoles así utilizar el período de la adolescencia para lograr una inserción positiva en la sociedad. Coleman y Hendry, en la línea de Bandura, plantearon que la importancia de la rebelión y del rechazo de la autoridad paterna es el resultado de varios factores sociales, como el énfasis de los medios de comunicación en el adolescente rebelde, tal y como se muestra en el cine y en la televisión. El modelo clínico del adolescente en *Sturm und drang* se aplica, para estos autores, sólo a una minoría de individuos, que tienen problemas psicopatológicos individuales o que provienen de familias o ambientes sociales carenciados o conflictivos.

Ya en la primera mitad del siglo pasado Margaret Mead subrayó cómo en distintas culturas los adolescentes se comportaban distinto, dadas las diferencias en su crianza. En un famoso estudio sobre Samoa, mostró que allí el período juvenil era muy distinto al descrito en Occidente. Allí ya a la edad de 5 a 6 años el niño participaba en muchas de las tareas que emprendería como adulto, y estas simplemente aumentaban en número y grado de responsabilidad a medida que el niño crecía. Había poca discontinuidad entre la infancia y la etapa adulta, por lo que era menos necesaria considerar una etapa adolescente separada. Entre las teorías actuales más centradas en el estudio del entorno del adolescente, se encuentran el contextualismo interaccional de Richard Lerner, y la teoría exosistémica de Urie Bronfenbrenner. Éste también señaló que en Occidente es donde se ha desarrollado una "cultura" juvenil separada, con normas y presiones independientes y un amplio rango de productos y actividades recreativas dirigidas específicamente a los adolescentes. Él identificó esta segregación como una contribución importante a las actitudes antisociales. En su clásico estudio sobre prácticas de educación de niños en Estados Unidos y en la entonces existente Unión Soviética, este autor observó que los adolescentes rusos solían ser mucho más abiertamente pro-sociales, y no toleraban tanto conductas anti-sociales. En Norteamérica, por otro lado, la delincuencia juvenil, sobre todo en niños, era vista como una "choreza" por el grupo, produciendo una subcultura de aprobación social para ciertos actos anti-sociales. Bronfenbrenner defendió la forma en que las culturas rusas incluyen específicamente a los adolescentes, ofrecién-

doles numerosas oportunidades para implicarse en la sociedad adulta. Esto favorece que la presión del grupo trabaje a favor de la sociedad, en lugar de ir en contra de sus valores.

Estos estudios socioculturales subrayan entonces que el concepto de adolescencia es una construcción social relativamente reciente, propia de las sociedades urbanas occidentales industriales y posmodernas. Las descripciones, clasificaciones y subetapas recién expuestas deben, por lo tanto, tomarse con bastante precaución al trabajar con niveles socioeconómicos bajos, con grupos urbano-marginales o rurales. El joven con baja escolaridad que debe empezar a trabajar en forma muy temprana para contribuir al sustento familiar, o el hijo de una madre soltera adolescente, muchas veces no atraviesa las etapas recién descritas. Es en estos jóvenes donde son más necesarios los esfuerzos de investigación tanto descriptiva como explicativa. La marginalidad y la interfase sociocultural de las poblaciones periféricas del gran Santiago, o los "pueblos jóvenes" de Lima, o las favelas paulistas albergan un tipo de adolescentes poco estudiado en comparación al de la clase media urbana. Mucha de la violencia y delincuencia juveniles de las grandes ciudades, corresponde a estos grupos de riesgo alto, de salud tanto física como psicosocial. Los adolescentes campesinos constituyen otro grupo, demográficamente en disminución, pero también importante: gran parte del cambio sociotecnológico recién descrito también ha llegado al campo e impactado no sólo las economías sino los estilos de vida agrarios. La crisis de la adolescencia será, como ya se señaló, muy diferente en sociedades estable y tradicionales, en las cuales los jóvenes heredan las actividades, propiedades, y estilos de vida de los pares, que en sociedades en flujo y cambio rápidos.

Otro fenómeno propio de nuestra época es la aparición de subculturas juveniles urbanas. Los niños de la calle de Río o Sao Paulo son una versión latinoamericana de los *gangs* neoyorquinos y del fenómeno del *mobbing* nórdico o germano que aparece en el cine juvenil europeo actual. Son necesarias investigaciones que muestren las motivaciones y peculiaridades de estas subculturas juveniles. Schell y Hall han mencionado tres dimensiones que caracterizan a los jóvenes de nivel medio, integrados a la estructura social urbana: actividad autónoma, individualismo y orientación hacia el futuro. Éstas se contraponen a algunas características de los grupos socioeconómicos bajos que la misma autora menciona: pasividad-fatalismo, colectivismo y orientación hacia el presente. El estudio socioantropológico de las subculturas juveniles marginales de las grandes urbes es, pues, hoy día, cada vez más necesario.

Todo lo anterior subraya la enorme variabilidad personal y cultural del desarrollo adolescente. Mientras que algunas personas empiezan su carrera laboral a los 16 años, otras prolongan su educación y pueden no empezar a trabajar hasta los 23 años e incluso después, como es el caso de quienes estudian carreras profesionales prolongadas. Algunas personas esperan marcharse de su casa tan pronto como su educación haya terminado, otras permanecen con sus padres hasta que contraen matrimonio. Algunas personas esperan casarse tempranamente, mientras que otras permanecen solas hasta los 25 a 30 años e incluso después. Para cada uno de estos grupos, el período de la adolescencia se experimenta de forma diferente, y los cambios ocurren a una velocidad distinta.

El adulto joven

Ramón Florenzano

El período de adulto joven es de interés: se trata de una etapa que tiene la doble característica de ser el de mayor plenitud biológica y al mismo tiempo el de mayor complejidad psicosocial. En la tercera década de la vida, tanto hombres como mujeres alcanzan su mayor capacidad biológica: altura, capacidad funcional cardíaca y respiratoria, fuerza muscular y posibilidades reproductivas. En el plano neuropsicológico, se alcanza en esta edad la capacidad máxima en cuanto a memoria de retención, pensamiento abstracto y capacidad de aprendizaje de habilidades y destrezas. La persona, en la tercera década de la vida, define su identidad adulta y labra su lugar en el mundo. Hace elecciones complejas que determinarán todo el curso de su futuro: matrimonio y estilo de vida. En este período, en la mayoría de los casos se forma una familia, se crían y educan inicialmente a los hijos, y se llega a ser económicamente productivo. Si todo anda bien, la persona se inserta adecuadamente en la sociedad y adquiere un lugar útil y productivo en ella. Cuando este proceso de adaptación social falla, sea por razones internas o externas, pueden aparecer problemas psicológicos o enfermedades mentales o físicas. La teoría eriksoniana antes aludida relaciona así el ciclo vital con la aparición de morbilidad, haciéndose merecedora del título de psicopatología evolutiva.

Los límites de este período han variado a lo largo de la historia. Hoy también dichos límites varían en diferentes países y niveles socioeconómicos. La Organización Mundial de la Salud ha definido a la juventud como el período de edades entre los 15 y los 24 años, centrando este concepto en la inserción del adolescente en la sociedad. La transición juvenil se enfoca, entonces, en la adquisición de un trabajo, oficio o profesión, y en la formación de la familia. Daniel Levinson, uno de los investigadores más importantes acerca de este período, extiende la adultez desde los 17 a los 45 años, basándola en su concepto de la *primera estructura vital*, el cual se desarrollará más adelante. Estos límites varían, también, de acuerdo al nivel socioeconómico. Los grupos de menores ingresos entran a la adultez muy tempranamente, dada su necesidad imperiosa de ganarse la vida. En algunas sociedades y culturas tradicionales, la mujer es considerada adulta en el momento en que contrae matrimonio —muchas veces por decisión familiar— o bien cuando tiene su primer hijo. En las sociedades desarrolladas y en los grupos socioeducacionales superior, por el contrario, la duración de dicho período es mayor y su comienzo más tardío. Si tomamos como ejemplo la formación de pre y posgrado prolongadas, la persona puede postergar el hecho de obtener su primer trabajo remunerado hasta avanzada la cuarta década de la vida, con el objetivo de tener mayor formación académica: es el caso de quienes hacen estudios de doctorado.

La frecuencia de enfermedades en este período es comparativamente baja. La mortalidad del grupo de 20 a 35 años es la menor de todos los grupos de edad, hallándose asociada fundamentalmente a accidentes y violencias, seguida en forma distante por el

cáncer. Los accidentes del trabajo son muy importantes, lo que hace que la medicina ocupacional o del trabajo sea una especialidad crucial en este período.

La adultez joven ha sido culturalmente idealizada en Occidente como el mejor período de la vida, mientras que algunas culturas orientales dan mayor valor social a la ancianidad. Sociológicamente ello se puede relacionar con la importancia de mantener una fuerza de trabajo sana, activa y socialmente productiva. Los adultos jóvenes, que constituyen un porcentaje comparativamente pequeño de la población, aportan una contribución significativa del ingreso económico total: niños y ancianos dependen del trabajo de cada adulto joven. Lo anterior hace importante e interesante el estudio detenido de las características del período.

Las tareas psicológicas de la adultez joven

En la adultez joven se plantean tareas y desafíos psicológicos propios. Erikson, en su elaboración acerca de fases sucesivas en el ciclo vital con tareas y crisis propias de cada etapa, plantea que el logro central en la adultez joven es la capacidad de *intimidad*. La estabilización de las relaciones personales, tanto a nivel de pareja como laborales, hacen necesario que la persona se pueda mantener cerca de otros y profundizar sus relaciones personales. En dicha etapa, esta capacidad se desarrolla y demuestra en la formalización de las relaciones de amistad y del noviazgo en el matrimonio.

Una de las características propias del adolescente se puede mantener en esta etapa: la variabilidad de sus intereses, conductas y emociones. La exploración y búsqueda de nuevos horizontes y posibilidades, el conocer lugares diferentes, el tener sucesivos entusiasmos y enamoramientos es en esa etapa de suma importancia. Todo esto enriquece el mundo vivencial del individuo y le abre múltiples alternativas. El salir del barrio o de la ciudad en la que pasó su niñez para ir a la universidad, por ejemplo, permite contrastar lo familiar y conocido con otros modos de pensar y con estilos de vida diferentes. El conocer diversas personas y el desarrollar vínculos provisorios, le permite al adulto joven conocer mejor sus avenencias y rechazos en una relación y, por lo tanto, seleccionar una pareja en forma más meditada y segura. La variabilidad de estas relaciones así como los cambios en los intereses vocacionales, son típicos de la adolescencia y tienen un valor adaptativo hacia el futuro. Por el contrario, en las décadas siguientes, aparece la necesidad de estabilizar las elecciones ya realizadas. La no-consolidación de identidad (el síndrome de Peter Pan o del adolescente eterno), crea múltiples problemas, tanto a la persona que la experimenta, como a quienes lo rodean. Una condición necesaria para poder lograr esa estabilidad, es la de poder convivir cercanamente con otros. La *intimidad* no es un logro fácil en muchos casos, en los cuales cuesta estar por períodos prolongados con la misma persona y aceptar sus momentos difíciles, sus estados de ánimo y sus enfermedades.

Lo mismo se aplica a la adaptación laboral, especialmente si se trata de trabajos

donde se convive por períodos prolongados (turnos de noche, viajes o misiones conjuntas) o en espacio común limitado. El hacinamiento en oficinas y fábricas pone a prueba la capacidad de tolerar la cercanía de otros por períodos prolongados. La resolución de la crisis de la adultez joven, en el marco referencial eriksoniano, se puede hacer positivamente logrando, en este caso, la capacidad de *convivir y compartir cercanamente la vida*, o bien negativamente, hasta llegar a un *aislamiento* progresivo. Si sucede lo último, la persona no mantiene sus relaciones de pareja: o bien no se casa, como sucede con los solterones, o bien se separa y no vuelve a intentar relaciones cercanas. Misántropos o misóginos famosos describen, en sus biografías, esa tendencia a un progresivo aislamiento. Ella se manifiesta clínicamente algunos desórdenes de personalidad, como son los cuadro esquizoides y los evitativo-fóbicos. En los primeros, predomina la frialdad afectiva, pero el temor a que se repitan experiencias traumáticas, hacen que la persona se distancie y evite el contacto íntimo para ahorrarse problemas, angustias o sufrimientos.

Levinson ha corroborado algunos de los conceptos anteriores con sus investigaciones empíricas. Dicho autor señala que el común denominador de la adultez joven es el “instalarse en la vida”. En dicha etapa, lo importante es tener un trabajo, desarrollarlo bien, llegar a conocer sus dificultades y dominarlas. Asimismo, el formar una familia, cuidar y educar a los hijos y asegurar un nivel de ingresos adecuados es de sobremanera importante. Desde tal perspectiva, se trata de una etapa de conformismo social, en contraste, a veces abierto, con las actitudes cuestionadoras y reivindicativas que caracterizan al período previo. La preocupación por pequeños detalles del diario vivir, por los métodos de trabajo, y por las necesidades económicas, pasan a un primer plano vivencial por períodos prolongados. Esta concentración en la supervivencia, en lo práctico y material, es mayor en situaciones de privación socioeconómica y menor en los grupos y sociedades de mayores ingresos. También es mayor en los países desarrollados en comparación con los demás.

Otro concepto útil desarrollado por Levinson es el de *Primera Estructura Vital*. Éste alude a la organización inicial de la vida adulta, en la cual se inserta la persona: trabajo, elección de pareja, amistades e intereses se configuran en un estilo de vida que muchas veces se arma meticulosamente, pero siempre con la convicción de que puede ser modificado en cualquier momento. Pedro Laín Entralgo, el historiador de la medicina y filósofo español, ha afirmado que se es joven mientras se piense que se puede empezar a vivir de nuevo mañana. Cuando se sabe que el día siguiente y los que le sucedan, serán repeticiones o modificaciones del pasado, con mayor o menor variabilidad, pero alrededor de un tema conocido, se ha entrado en la madurez. Para Levinson, por lo tanto, esta primera estructura vital se caracteriza por su provisoriedad y por la sensación subjetiva de que se está viviendo como un adulto, pero con suficiente tiempo por delante para recomenzar el cambio otra vez.

La secuencia de organización de estos sub-períodos es variable. Algunos comienzan estabilizando sus actividades laborales y su situación económica, y cuando lo han hecho sólidamente, recién piensan en casarse. Otros, por el contrario, buscan pareja

primero luego emprenden con ella la consolidación laboral, profesional y económica. Un tercer grupo acomete ambas tareas al mismo tiempo. Erikson ha descrito una carta alternativa, que denomina *moratoria psicosocial*. En ella se posterga el tomar decisiones sobre vocación, trabajo y pareja, y se prolonga la variabilidad y las conductas exploratorias propias del período adolescente. Dicha moratoria puede ser importante para algunos individuos muy originales y creativos, y debe ser diferenciada de la aparición de ciertas psicopatologías. Las estructuras limítrofes (*borderline*) de personalidad, típicamente son incapaces en forma crónica, de consolidar relaciones de pareja o de insertarse en un lugar de trabajo o en una actividad dadas.

El período de adultez joven es especialmente complejo en algunas ocupaciones con entrenamientos muy prolongados. Los médicos, por ejemplo. Tienen una carrera dura de siete años en el pregrado y una especialización de duración variable, que fluctúa entre tres y cinco años, según el campo que escojan. Este largo aprendizaje, hace que muchos médicos deban retrasar su matrimonio hasta los 25 ó mas años, cuando recién están en posición de obtener ingresos por el ejercicio de su profesión. Las mujeres profesionales enfrentan también una tarea más compleja que los hombres, pues deben postergar el matrimonio, a veces hasta edades en las cuales la capacidad reproductora biológica comienza a disminuir, o bien detener su desarrollo profesional para casarse, la combinación de roles matrimoniales y laborales resulta una tarea extremadamente pesada, si la pareja no entra a compartir el manejo de la casa y la crianza de los hijos.

El resumen anterior ilustra la complejidad de las tareas psicosociales de esta etapa de la vida. A continuación se revisan con más detalle dos áreas cruciales de ésta: la relación de pareja y la adaptación laboral.

La relación de pareja

La relación de pareja es, junto a la relación madre-hijo, el lazo interpersonal más importante en la vida. Además, su carácter electivo hace que las personas sientan muy nítidamente esa importancia: toda la adaptación individual previa se pone en juego en el momento del matrimonio. Dicha relación puede ser dividida en varias fases, que se estudian a continuación:

Elección de pareja

En la cultura occidental, el enamoramiento como factor de importancia en la selección de pareja, es un fenómeno histórico comparativamente reciente. Hasta el Renacimiento, esta elección se hacía por decisión familiar, con rígidas normas sociales que la enmarcaban. Sólo en el amor cortesano en Francia y luego en la Inglaterra isabelina aparece una progresiva importancia otorgada a los sentimientos experimentados por los novios. El enamoramiento se centra en un proceso inconsciente que atrae hacia otra persona, el cual

ha sido comparado por Freud con una neurosis por las distorsiones de la realidad que a veces conlleva. Este enamoramiento no lleva siempre al matrimonio, y en el hecho, los trovadores provenzales cantaban a un amor romántico que no era conyugal. Durante la década del setenta, por ejemplo, se dieron con frecuencia, en ciertos países, arreglos alternativos ("comunidades") al matrimonio diádico convencional. Aquí nos referimos al matrimonio en su sentido habitual, el cual continúa hoy siendo la modalidad predominante.

El deseo de casarse surge en el momento del ciclo vital, en el cual el adulto joven alcanza su separación emocional de la familia. El hijo, ya adulto, se siente progresivamente incómodo en una familia donde el liderazgo pertenece a sus padres o a otros adultos. Esta falta de libertad se une a expectativas y a presiones sociales y familiares que empujan hacia el matrimonio. Por otra parte, la vida fuera del hogar presenta un período de mayor libertad, de relaciones con amistades que son a veces muy satisfactorias. Tales relaciones pueden ligarse a múltiples cambios de pareja, que pueden angustiar al sujeto, y llevarlo a "refugiarse en el matrimonio", o a transformarse en una adicción, como se da en algunos solteros Don Juanes a repetición. En algunos casos, habiéndose dado un matrimonio temprano o un "pololeo" único e importante, ya que permite experimentar con grados mayores o menores de intimidad. Tales experimentos son, en general, auto-limitados, ya que en la medida que se prolongan aumenta la presión, interna o externa, hacia la formalización de la relación. Entre las motivaciones para el matrimonio surge la necesidad biológica de complementarse y tener una actividad sexual regular y constante.

En la formación del vínculo sentimental se reactiva en la relación de pareja la fase edípica. La no satisfacción de una expectativa de cercanía sensorial-sexual con el padre del sexo opuesto que debe aceptar el niño, puede ser ahora satisfecha por el adulto, al tener un lazo físico lícito con su pareja. Esta superación de conflictos edípicos, requiere la elaboración y distanciamiento de lazos incestuosos dentro de la familia. El proceso de enamoramiento permite acercarse a los adultos de una manera que les permita interdepender en forma íntima. En algunos casos, se puede tender a elegir una pareja que tenga características que recuerden, física o psicológicamente, al padre del sexo opuesto. En otros casos, la elección se basa en elementos narcisistas: el buscar a alguien que refleje o complemente al sí mismo, en las así llamadas elecciones *simétricas* y *complementarias* de objeto.

El tema de a quién se elige se encuentra ligado al de cuándo se elige. La decisión de casarse, surge cuando la persona ha completado las tareas y desafíos interpersonales previos, y cuando también tiene definidas sus opciones laborales y de residencia geográficas. La mayoría de las elecciones se dan en relación a personas de origen social y residencias cercanas al propio. La secuencia de elección de pareja, cambia entonces desde las fantasías edípicas de acercarse al padre del sexo opuesto, pasando a veces por relaciones con un hombre mucho mayor, y acercándose luego a algún cantante u otro ídolo lejano y admirado. En la medida que se avanza en la adolescencia aparece el acercamiento real y no sólo fantaseado, al sexo opuesto, con la experimentación de los

pololeos, primero sólo sentimental, y luego sensorial y a veces sexual. El paso desde los experimentos poligámicos hacia una relación estable se hace durante el noviazgo, que orienta a un compromiso estable en el futuro. El noviazgo prueba no sólo la compatibilidad de la pareja, sino un período de noviazgo adecuado previene separaciones y divorcios posteriores. Las estadísticas muestran que los matrimonios posteriores a pololeos de menos de seis meses, tienen mayor porcentaje de fracasos que aquéllos con seis a veinticuatro meses de duración.

Las motivaciones conflictivas o psicológicas para casarse son variadas: el salir de una situación familiar insostenible constituye muchas veces una de éstas, así como el evitar las crisis de pánico que surgen en los pacientes agorafóbicos cuando están solos. En este caso, al alejarse de la familia por razones de estudio o trabajo, aparece la necesidad de compañía de mujer que reemplace a la madre con quien se mantuvo una relación simbiótica. La impulsividad sexual excesiva lleva, también, a algunos a refugiarse en el matrimonio, buscando un control externo para detener un cambio incesante de pareja. Asimismo, algunos homosexuales se casan para evitar la reacción y sanciones sociales frente a sus preferencias de pareja. Otras motivaciones extrínsecas a la relación, tales como búsqueda de dinero, poder o prestigio social, son también abierta o encubiertamente frecuentes. Cuando constituyen la razón central, predominante, o única del matrimonio, se crean problemas crónicos tanto en el cónyuge que se casó por estos motivos, como en su pareja que de algún modo percibe haber sido elegido por atributos externos.

El deseo de tener hijos, natural en sí, crea problemas cuando la mujer se casa sólo por ello, colocando rápidamente al marido en una posición secundaria, llevándolo a sentirse prescindible. Los matrimonios "apurados", por un embarazo precoz, no sólo se dan en la adolescencia, sino más tarde en la vida: son una de las maniobras clásicas para "atrapar" marido. Las consecuencias de esta maniobra, a veces, pueden percibirse por el resto de la historia del matrimonio así indicado. Las motivaciones para casarse pueden, en otras ocasiones, ser la agresividad hacia una tercera persona, como por ejemplo en los matrimonios por despecho, al haber sido rechazados por el novio o novia anteriores. Otra motivación agresiva es la hostilidad difusa hacia el sexo opuesto, que lleva a buscar parejas que masoquísticamente se someten para ser dominadas. Los casos de masoquismo, sea sexual o moral, se ligan frecuentemente a "fantasías de rescate", en las que se elige a una persona con problemas, objetivos o emocionales, y se intenta redimirla casándose con ella. Esta elección puede darse en profesionales de la salud, que tratan de salvar psicológicamente a la hija del alcohólico, o mejorar al paciente esquizofrénico, comprometiéndose a pasar a su lado el resto de sus días. Estas elecciones disfuncionales se ligan a problemas crónicos, que se revisan más adelante. Muchas veces la pareja es buscada como un esfuerzo para compensar problemas infantiles, esfuerzo que resulta frustrado cuando se vuelve a repetir la historia de los padres en la generación venidera: esto es lo que se ha llamado *transmisión intergeneracional de la patología*.

Ajuste matrimonial

La tarea de la mantención y desarrollo de la relación matrimonial es lenta y a veces, esforzada. Además de involucrar un ajuste sexual satisfactorio, requiere un delicado balance de roles y conductas, así como un intento de resolver adecuadamente las temáticas no elaboradas traídas por cada miembro de la pareja desde su propia familia. Dicha tarea, cuando empieza y se da bien, es un excelente medio de estabilización personal para cada uno de los cónyuges. La compañía del otro no sólo elimina el riesgo de la soledad, sino que da satisfacciones sociales, emocionales y sexuales. Los roces son, por otra parte, inevitables. Los desacuerdos y desilusiones desde la luna de miel hasta el momento de entrar en una rutina diaria, pueden ser tolerados y absorbidos por el cariño mutuo o comenzar a acumularse tornándose en un resentimiento progresivo hacia el otro. Hay múltiples potenciales fuentes de discordia: sexo, vida social, religión, familias de origen, amistades, uso de alcohol, triángulos sentimentales, juego, o diferencias valóricas acerca de la crianza de los hijos, etcétera.

La ceremonia matrimonial no es por lo tanto, como en las novelas rosa, el fin de la historia, sino el comienzo de la conquista de la estabilidad personal compartida con otro. Dicha conquista implica una reorganización de la personalidad de cada miembro de la pareja, con una adaptación mutua, en la cual algunos rasgos se acentúan y otros se atenúan. Algunas funciones se realizan individualmente y otras se comparten. El funcionamiento yoico se expande para pasar a considerar al otro parte del sí mismo (*self*), formándose un “nosotros” que sobrepasa al “mí” y al “tú”. El proceso de toma de decisiones llega a ser compartido, y se acentúa la sensibilidad hacia las expectativas y necesidades del otro, cuya satisfacción pasa a ser tan importante como la propia. Dicho estado de mutualidad entre los esposos puede, entonces, ser tan gratificante como la original simbiosis entre madre e hijo.

Una tendencia frecuente lleva a transferir rasgos de los padres a la pareja. Dicha transferencia puede distorsionar severamente la realidad de ésta, se hace más complicado cuando, efectivamente, se ha elegido una pareja que se asemeja al progenitor del sexo opuesto. Esta distorsión, a veces, se corrige en forma espontánea, pero en otras es necesaria la ayuda terapéutica. En otros casos, la distorsión es la de los problemas objetivos que presenta la otra persona, tales como uso de alcohol, impulsividad, etc. En clínica, los casos más dramáticos de esta necesidad de defender la percepción de la pareja se ven en la llamada *folie a deux*. En ella, un miembro psicótico convence al otro, de que está en lo correcto en contra de los puntos de vista del resto del mundo. Las familias de origen de cada miembro de la pareja siguen influyendo internamente en la relación. Cada uno de ellos trae los valores, expectativas, rutinas, modos de crianza de su propia familia, y dichos modelos pueden entrar en conflicto, especialmente cuando se proviene de estratos sociales, económicos o culturales muy diferentes. Muchos choques de personalidad, en una pareja, son realmente choques de roles y expectativas divergentes.

Existen dos tipos de roles conyugales diferentes en nuestra cultura: el *recíproco* o *paralelo* y el *colateral*. En la clase media profesional, tiende a predominar el primero, en el cual se da una interacción cercana, con alto nivel de intimidad y franqueza. En grupos socioculturales más bajos o más tradicionales, marido y mujer interactúan menos entre sí, y funcionan en forma paralela o colateral el uno con el otro. En dicho esquema, cada miembro de la pareja tiene tareas y roles muy bien especificados. Muchas veces, el bienestar externo y la crianza de los hijos son más importantes que la relación entre los miembros de la pareja. Cuando hay familias extendidas, los miembros de la pareja suelen encontrar su compañía y equilibrio emocionales más bien en el resto del clan que en la propia pareja.

En la familia nuclear pequeña, por otra parte, se requiere que, desde el comienzo de la vida en conjunto, el centro de gravedad emocional oscile rápidamente desde la familia de origen hacia la propia pareja. Si esto no sucede, pueden aparecer conflictos intensos conyugales, requiriéndose una intervención terapéutica que aumente la autonomía de la familia nuclear. Otra área de potencial conflicto para la pareja, es la necesidad de compartir los roles domésticos, cuando ambos trabajan. Aunque esta última situación es cada vez más frecuente, la mujer sigue en general soportando el peso de la mayoría de las tareas domésticas. Muchos hombres sienten amenazada su identidad masculina si se hacen cargo de algunas labores hogareñas. Dicha situación se agudiza cuando, por cesantía del marido, la mujer pasa a ser el pilar económico de la familia.

En resumen, el matrimonio puede representar una fuente de apoyo y satisfacción mutua importante o de grandes desilusiones y frustraciones. La tensión que le ha impuesto la sociedad urbana actual, ha hecho que sean cada vez más necesarias las intervenciones terapéuticas efectivas: muchas consultas al especialista en salud mental, están ligadas a estos problemas.

Entre los autores que más sistemáticamente han analizado la relación de pareja, se encuentra Otto Kernberg. Este autor desarrolla la teoría psicoanalítica clásica desde el ángulo de las relaciones de objeto. Señala que Freud ha sido habitualmente malentendido, al pensarse que reduce la adaptación de la pareja a un mero equilibrio sexual. El concepto freudiano de psicosexualidad es, por definición, más amplio que lo sexual en el sentido biológico, y engloba el concepto de amor, en el cual se centra el funcionamiento interpersonal de la pareja desde su formación. Una buena relación de pareja induciría así, a una buena adaptación en el plano biológico o sexual pero, además, implicaría una adecuada relación objetal. En el plano biológico, la pareja ideal es capaz de gozar con relaciones sexuales satisfactorias que llevan a un orgasmo genital. Éste integra no sólo elementos de la sexualidad temprana tales como el placer en desvestirse, exhibirse y tocarse, sino también conlleva elementos agresivos. Stoller ha estudiado cuidadosamente el componente competitivo y agresivo de la conducta sexual, diferenciando la agresión al servicio de la libido, que se da en la relación de pareja normal, del predominio de la agresión destructiva, que es mayor en el caso de las perversiones sexuales, tales como las de tipo sadomasoquista. La relación de objeto adecuada, implica, por lo tanto, reconocer

a la otra persona como tal y diferenciarla de imágenes significativas del propio pasado. Ya señalamos que existen personas que tienden, reiteradamente, a transformar a la pareja en el progenitor del sexo opuesto: a la esposa en la propia madre o al esposo en el propio padre. Dicha transformación puede ligarse a regresiones y actitudes infantiles o adolescentes tomadas frente a la pareja, o bien a dificultades como la impotencia masculina o anorgasmia femenina en la relación sexual.

La estabilidad de la relación de pareja se liga a otra diferenciación subjetiva subrayada por Kernberg: la capacidad de enamorarse, que es diferente de la capacidad de mantenerse enamorado. Ya Freud describió el enamoramiento como un estado psicológico especial, que rompía las barreras del narcisismo y que alteraba el equilibrio psíquico que antes se centró en la propia persona. Existen personas que no llegan a desarrollar esta primera capacidad y viven demasiado centradas en sí mismas como para poder acercarse a otros. Quienes poseen estas estructuras narcisistas no llegan nunca a enamorarse realmente. Existen, también, quienes se pueden enamorar y lo hacen frecuentemente, pasando de entusiasmo en entusiasmo y de amor en amor. El donjuanismo representa dicha situación, que muchas veces corresponde a síndromes de difusión de identidad como los descritos por Erickson; se ven los *adolescentes eternos* antes mencionados, así como algunas estructuras limítrofes de personalidad. Existen, finalmente, quienes además de la capacidad de enamorarse, consolidan su capacidad de intimidad y, con ella, la capacidad de mantenerse enamorados. Ésta involucra el haber superado la ambivalencia inicial y permitirse una relación con la capacidad de diferenciación plena en el plano sexual. Dicha capacidad, en términos psicoanalíticos, implica la integración de un Superyó que es capaz de preocuparse y cuidar la relación de pareja, y asumir la responsabilidad moral que asegure la estabilidad futura de la relación.

Lo anterior subraya la base intrapsíquica de la estabilidad de la relación de pareja, e ilustra cómo ésta depende de la maduración e integración de personalidad previas del sujeto. Asimismo, esta estabilización depende de algunos elementos interpersonales en que las parejas deben coincidir para hacer un ajuste adecuado. Dicks ha centrado estos elementos en tres áreas: la existencia de un trasfondo sociocultural común, de aspiraciones y expectativas semejantes, y la existencia de lo que él llama identificaciones proyectivas mutuas complementarias.

Los estudios cuantitativos subrayan la importancia de una formación semejante y de un marco referencial cultural compartido: la gente tiende a casarse entre iguales ("cada oveja con su pareja"). Covarrubias y cols., muestran que el 83,5% de las parejas están formadas por personas del mismo nivel socioeducacional y que el 81,3% comparte un lugar geográfico de origen semejante (urbano o rural). Las diferencias de origen étnico, nacional o social, implican un mayor nivel de tensión y mayores dificultades de adaptación.

La comunidad de intereses, aspiraciones y expectativas, es también importante para mantener una relación matrimonial. Cuando ésta se afirma sólo en el atractivo físico o en la pasión sexual, tiende a deteriorarse y a sentirse vacía con el correr del tiempo y

la disminución del ímpetu biológico. Los planes en común, sean en el plano material o espiritual, se traducen en un uso del tiempo fructífero y provechoso.

Las imágenes inconscientes acerca de la propia pareja, son muy importantes para la estabilidad de ella. Visualizadas desde este ángulo, las elecciones de pareja han sido clasificadas en simétricas o complementarias. Las primeras corresponden a la búsqueda de alguien parecido en aspecto físico, en características psicológicas o en aspiraciones. Muchas parejas tienden así a parecerse y a tener una adaptación plácida y estable en base a esta semejanza. Las elecciones complementarias, por otra parte, son propias de parejas que buscan complementar áreas en las que la propia autoimagen está carenciada o es defectuosa. Así, por ejemplo, hombres poco atractivos suelen elegir mujeres bonitas, o bien personas poco inteligentes, parejas intelectualmente destacadas. Tal compensación puede buscarse en elementos externos (dinero, prestigio social o intelectual) o internos (buen genio, originalidad, vivacidad, etc.). Estos tipos de elección son normales en la medida de que mantengan alguna flexibilidad. Cuando se llega a situaciones extremas, o especialmente rígidas, se habla de *elección neurótica de objeto*, o bien de *pareja disfuncional*. En esta elección, las fantasías inconscientes y los residuos infantiles predominan por sobre los elementos reales de la relación. La pareja pasa a ser un fantasma sobre el cual se proyectan estos conflictos, con escasa consideración por la persona involucrada. Las elecciones narcisistas, en las cuales realmente se busca un *alter ego* lo más semejante al sí mismo crean mayores problemas, ya que este otro yo no puede tener identidad, voluntad o aspiraciones propias. Así, aparece la típica pareja sadomasoquista, en la que un miembro tiende a hacer sufrir, a actuar como verdugo y a atormentar al otro, sea en el plano estrictamente sexual, o en forma más amplia, induciendo daño psicológico (masoquismo moral). El otro miembro de la pareja, en vez de rebelarse, se somete y humilla, aceptando el papel de víctima, permitiendo ser golpeado a veces, torturado otras, y maltratado siempre. Dichas elecciones tienen múltiples variedades, tales como la del hombre alcohólico y la mujer depresiva. Ella acepta con paciencia los períodos de alta ingesta y beligerancia de su marido, pero, paradójicamente, se deprime cuando él deja de beber.

Esta complementación de roles, ha sido estudiada tanto desde un punto de vista psicoanalítico como sistémico. Se han descrito así, numerosos casos clínicos en los cuales el miembro fuerte extrae de la pareja su equilibrio, manteniéndola en una posición débil, inestable o "enferma". En tales casos, en vez de idealizar a la pareja y buscar en ella aquellos aspectos que faltan en la personalidad propia, se proyectan en el otro las propias áreas débiles, inseguras o rechazadas. Mientras el otro acepta esta proyección el equilibrio se mantiene. Si deja de tolerarla, por circunstancias externas, tales como viajes, enfermedad o muerte, y desaparece del ámbito vital del miembro fuerte, éste inesperadamente se derrumba, y presenta síntomas emocionales o psicosomáticos por vez primera.

En resumen, la elección de pareja y la consolidación de la vida en común, representa uno de los elementos cruciales en el desarrollo del adulto joven. Cuando esta

elección y consolidación se dan en forma adecuada, incluyendo lo sexual, personal y social en forma integrada, se constituye en una experiencia satisfactoria y plena a lo largo de la vida. Si no es así, aparecen fuentes de fricción y roce prolongados, lo cual constituye, en la actualidad, una de las principales causas de consulta para los profesionales de la salud mental. La integración y complementación de los miembros de la pareja en los planos biológico y psicosocial, como lo ha elaborado Peña y Lillo, es uno de los desafíos y logros centrales en esta etapa de la vida.

Un área de interés creciente en los estudios sobre esta etapa es aquella sobre el matrimonio. Por ejemplo, Swenson, Eskew y Kolheff estudiaron cómo en el transcurso del matrimonio, cambiaban los tipos de interacciones conyugales: en los primeros años, las parejas hablaban mucho, pasaban el tiempo juntos, participaban en actividades recreativas, discutían y se reconciliaban. A medida que las demandas de cuidado de los hijos aumentaban, se centraban más en ellos, pasaban menos tiempo juntos, y la relación se volvía menos intensa. Sin embargo, en muchos casos, las parejas referían que volvían a unirse cuando los hijos crecían y dejaban el hogar. Otros autores han clasificado los tipos de interacciones matrimoniales. Así, Hatfield y Walster sugieren que el amor del matrimonio puede dividirse en dos tipos: *amor apasionado*, que es la clase de amor que muchas parejas sienten cuando se casan, y *amor de compañerismo*, que se desarrolla más lentamente. Judith Wallerstein, en su estudio hecho con “buenos matrimonios”, parejas que han alcanzado una buena relación que han mantenido a lo largo de los años, agrega a los dos tipos anteriores, dos más: el *matrimonio de rescate*, en el cual uno apoya consistentemente a otro que tiene mayores dificultades para enfrentar la vida, sea por enfermedades físicas o mentales, sea por problemas laborales o de otra índole; y finalmente, el *matrimonio convencional*, en el que cada uno adopta los roles tradicionales (el hombre de proveedor económico y la mujer de centro emocional y afectivo) y que se ajustan bien en esta distribución de roles. Una tercera descripción de tipos de matrimonio es la de Cuber y Harroff, que identificaron cinco variedades de ajuste matrimonial:

- *Habituado al conflicto*, en que ambos cónyuges discuten como parte de una rutina de relación. Habitualmente existe una comprensión implícita de que hay un entendimiento subyacente, y no consideran la separación o divorcio como opciones.

- *Desvitalizado*, en que los cónyuges tienen interacciones rutinarias y comparten pocos intereses o actividades.

- *Pasivo-agradable*, en el que ambos cónyuges consideran que tienen un buen ajuste, y que no quieren modificarlo. Están contentos con su pareja y se adaptan fácilmente a los intereses del otro.

- *Vital*. Ambos cónyuges están igualmente implicados y comprometidos con las actividades de la familia. Compartirán juntos actividades económicas, parentales y recreativas.

- *Total*. Los cónyuges están completamente comprometidos, y comparten sus vidas emocionales, fantasías, intereses laborales y confidencias personales, así como sus actividades familiares.

Cuando se llega a un buen ajuste matrimonial, existen beneficios personales, incluso para la salud de cada uno de los miembros de la pareja. Argyle mostró que las personas casadas tenían más conductas positivas para su salud, en comparación a sujetos de su edad solteros o separados. Bebían menos y, por lo tanto, se emborrachaban menos, fumaban menos y seguían mejor las indicaciones médicas. Tenían también menos problemas de salud mental, conductas suicidas u hospitalizaciones psiquiátricas. El sistema inmunológico de los casados se activa más, lo que se ha ligado con mejores vínculos y cuidado entre los miembros de la familia. Esto hace que en conjunto, quienes viven en familia tengan menor cantidad de procesos infecciosos y a la larga, mayor sobrevivencia.

Existe hoy preocupación por el creciente número de separaciones y divorcios, en la mayoría de los países occidentales. Este aumento para muchos se debe hoy a la tensión que los cambios socioculturales están imponiendo a la relación interpersonal entre ambos sexos. La así llamada crisis de la familia contemporánea, puede ligarse a la crisis en la estabilidad de la relación matrimonial. El cambio sociocultural rápido crea estilos de vida que son, especialmente en las sociedades urbanas modernas, poco compatibles con estructuras estables de pareja. Para ilustrar la afirmación anterior, se exponen algunos de los hallazgos de Covarrubias y sus colaboradores en su investigación sobre la separación matrimonial en el gran Santiago. Para medir la magnitud del problema estos autores encuestaron a una muestra de 2.572 adultos, padres de escolares dentro de Santiago de Chile. Entre ellos encontraron un total de 12,9% de parejas separadas, además de un 3,6% de viudos, 3,1% de solteros, y 79,6% de casados. Al distinguir por estrato social, en el nivel bajo había un 9,5% de separados, en el medio un 12,2% y en el alto un porcentaje de 17,5%. En cuanto a la situación legal, la mayor parte de las parejas separadas (64%) lo están de hecho. Sólo un 1,7% tiene nulidad religiosa. Un 28,4% ha vuelto a formar una unión de pareja estable, y hay un incremento al 45,6% en el estrato alto. Tanto en dicho nivel como en el medio, la separación se ha alcanzado de común acuerdo, a diferencia del grupo bajo, donde generalmente el hombre abandona el hogar.

En el estudio de Covarrubias, la pregunta ¿qué grupos están en mayor riesgo de separarse? es contestada así:

- Aquéllos con educación universitaria completa o con títulos de posgrado.
- Los hijos de padres separados, especialmente cuando ambos miembros de la pareja provienen de matrimonios rotos.
- Los cónyuges que se casan tempranamente, siendo mayor el riesgo para quienes lo hacen antes de los 18 años (27,9%).
- Quienes no profesan ninguna religión o quienes profesan credos no cristianos.
- Los que se casan por el atractivo físico de su mujer (entre los hombres) o por búsqueda de apoyo (entre las mujeres).
- Aquéllos sin matrimonio religioso, que conviven o se casan sólo por la ley civil.
- Las mujeres que trabajan, especialmente cuando hacen un aporte económico igual o superior al de sus maridos.

La probabilidad de separaciones disminuye en la medida que aumentan los años de matrimonio: el 45,8% de los separados lo hicieron en los primeros cinco años de casados, seguidos por el 14% entre los 6 y 13, el 4,3% entre los 14 y 18, y el 2%, después de los 18 años de matrimonio. Asimismo, el riesgo de separación disminuye en la medida que aumenta el número de hijos. Las causas dadas para la separación, se centran alrededor de problemas en la relación de pareja, las demandas del marido o la mujer, o en condiciones de vida desventajosas. El motivo específico mencionado más frecuentemente es la infidelidad, la deslealtad o el engaño del marido o de la mujer (28%). Esto es seguido por la irresponsabilidad y ociosidad, generalmente del hombre (17,6%), la incompatibilidad de caracteres (16,5%), la incomunicación (15,4%), el enfriamiento de la relación a través del tiempo (15,4%), la incomprensión (13,7%), los problemas económicos (12,6%) y la inmadurez personal (11%).

Estos datos ilustran la porción más visible del *iceberg* de los problemas de pareja. Existe un gran número de casos en los cuales hay tensión matrimonial importante o crónica que nunca llega a la separación. Muchas parejas distanciadas psicológica o físicamente, siguen conviviendo, sea por necesidades económicas, o sociales o por respeto a los propios sistemas de valores y convicciones éticas y religiosas. Uno de los factores que explica el aumento en el número de nulidades, es la menor respuesta de segregación social que existió antes: hoy en día, socialmente, el estar separado es mucho más aceptado que otrora. La variación de las legislaciones, que en la mayoría de los países aceptan el divorcio con disolución de vínculo, es otro elemento importante en el cambio aludido.

Elección vocacional y adaptación laboral

La inserción laboral del individuo es un elemento crucial en su ajuste psicológico. Las etapas previas del crecimiento y desarrollo personales, han tenido como fin preparar a la persona para ser productiva, contribuir a la sociedad y, en cierto modo, a retribuir lo que ha recibido de ésta. Así, la selección de un trabajo adecuado y la adaptación laboral, son elementos cruciales en la consolidación de la salud, tanto desde un punto de vista biológico como psicosocial. El tener un empleo productivo, que ofrezca posibilidades no sólo de un ingreso adecuado para la persona y su familia sino que también abra horizontes de realización personal, es cada vez más importante en nuestra cultura. Por el contrario, el desempleo y la cesantía son causas frecuentes de problemas de salud mental: cuando existen se desaprovecha toda la inversión de tiempo y esfuerzos realizados por el individuo, su familia y la sociedad para capacitarlo para un trabajo fructífero. Se queda así con una capacidad instalada no utilizada frustrante en muchos casos, al sentir la persona que se desaprovechan muchas de sus potencialidades. El impulso a trabajar constituye una motivación inicial y básica de toda persona. El mismo Freud definió la salud mental como "la capacidad de amar y trabajar". Hendrick, otro psicoanalista, habló

del impulso a la maestría que él describe incluso en niños pequeños y que se consolida en la edad escolar (la etapa de la industriiosidad de Erikson), y que se ejerce a lo largo de la vida laboral del adulto.

Otro concepto estrechamente ligado al trabajo, es el de estrés laboral. El estrés es un término procedente de la física y de la ingeniería, que ha sido aplicado en fisiología por Selye, para significar el exceso de trabajo y al consecutivo desgaste que este exceso origina. La preocupación actual de la medicina ocupacional por dicho tema, revisada *in extenso* en nuestro ambiente médico por Cruz y Vargas, muestra que la vida laboral puede originar problemas y consecuencias en el plano de la salud física y mental, que deben ser diagnosticados y tratados lo más tempranamente posible. El estrés laboral es mayor en aquéllos que no están suficientemente preparados para su trabajo, o bien entre aquellos que hicieron una elección vocacional equivocada.

Gregorio Marañón, insigne médico y pensador español, ha señalado que en muchos casos, la vocación se elige en el momento menos apropiado para hacerlo: en plena adolescencia, a los 15 ó 16 años, en un período de extrema variabilidad y confusión con respecto a los planes futuros. La elección vocacional tiene múltiples determinantes. Algunos dependen de la oportunidad externa y otros de las capacidades internas del individuo. El nivel económico de la familia, la cercanía o distancia a establecimientos educacionales, las carreras o actividades que se colocan de moda en un momento dado, las elecciones que hacen algunos amigos al salir juntos del colegio, son todos factores que influyen en el plano social y externo. Las expectativas de la familia, las actividades que desempeñan los propios padres, los objetivos y planes que el individuo se ha trazado, son todos elementos internos que contribuyen a la elección vocacional. Muchos de estos factores son conscientes y el individuo los reconoce fácilmente. Las expectativas familiares hacen que algunos hijos tiendan, por ejemplo, a superar a sus padres, cumpliendo, sin saberlo, con las aspiraciones de éstos. Así, es frecuente que hijos de prósperos comerciantes que nunca tuvieron estudios superiores, accedan a la universidad cumpliendo con una aspiración paterna. Otras veces, diferentes hijos se reparten diferentes posibilidades laborales: algunos siguen cercanamente los pasos del padre, otros lo hacen a mayor distancia. Es aquí también frecuente observar que los hijos, en conjunto, desarrollan diferentes áreas de las expectativas paternas.

Existen, asimismo, determinaciones multigeneracionales de elección vocacional; hay familias de médicos, ingenieros, militares o abogados, para quienes, por pertenecer a ellas, resulta especialmente difícil tomar una decisión vocacional individual, que implique modificar la tradición familiar. En el caso de la elección vocacional de los médicos, por ejemplo, intervienen factores externos, como el status socioeconómico que la profesión históricamente ha tenido, así como la idealización social y de los medios de comunicación acerca de la profesión médica. Pueden haber, además, factores familiares como los recién señalados (parientes cercanos médicos) y factores individuales, tales como el nivel intelectual y el interés por aproximarse a otro ser humano. En un nivel inconsciente, el interés por curar y ayudar a otros, frecuentemente está anclado en

experiencias traumáticas infantiles, cuando se vio enfermar o morir a un pariente cercano, o se experimentó, en carne propia, el sufrimiento de la enfermedad.

La adecuación personal a los tipos de trabajo aceptables para la familia es también muy variable. Existen muchas situaciones en que la persona acepta el rol general que la familia le atribuyó, pero lo elabora en forma personal: así por ejemplo, el ingeniero que no se dedica a planear puentes, sino a diseñar sistemas de cooperación técnica para ayudar a los necesitados, o el abogado que se orienta a la acción política. La elección vocacional y la mantención de un trabajo es doble. La interacción entre ambas hace que las personas que eligen ciertas labores, desarrollen características en común, y que quienes tienen ciertos rasgos de personalidad, desempeñan mejor algunos trabajos. Así por ejemplo, ingenieros y contadores tienden a desarrollar características obsesivas: son meticulosos, ordenados, puntuales y perfeccionistas. Los abogados, por su parte, tienden a la agresividad verbal y al mismo tiempo, cuando ejercen en situaciones que implican alegatos públicos, desarrollan un buen manejo del lenguaje. Debe considerarse, también, la existencia de ciertas estructuras de personalidad que necesitan ser administradas y aplaudidas, vale decir narcisistas o histéricas; pueden desarrollarse bien en situaciones de desempeño en escenarios o exhibiéndose en público. Algunas estructuras paranoides, proclives a la suspicacia y a leer todo entre líneas, pueden ser excelentes detectives o investigadores de un tipo y otro. Cierta tipo de científicos, asimismo, tienden a tener también rasgos desconfiados de personalidad. Algunas profesiones que requieren aislamiento y escaso contacto interpersonal, como vigilantes nocturnos, rondines o relojeros, son bien realizadas por personalidades de estructura esquizoide.

El ajuste laboral varía según el sexo de la persona. En el hombre, esto ha cambiado a lo largo de la historia. En la Antigüedad y en la Edad Media, el trabajo manual correspondía a los hombres de las clases sociales inferiores; el trabajo intelectual, a sacerdotes y religiosos; las clases nobles se centraban en la guerra y en el gobierno. Aún recientemente el prototipo del caballero español era definido por no trabajar, y el ocio tenía una connotación socialmente positiva. Fromm ha señalado cómo, con el ascenso de la burguesía y el predominio del sistema capitalista, esta situación cambió radicalmente y actualmente la figura idealizada en el sexo masculino es el ejecutivo de éxito, o sea un hombre de negocios. El negocio corresponde, etimológicamente, a la negación del ocio (*neco-otio*). El no trabajar pasa, en nuestros días entonces, a ser socialmente reprobado, aun en los grupos sociales altos. La identidad masculina se configura cada vez más alrededor de la capacidad de trabajar y de generar ingresos para mantener a la familia.

La identidad laboral de la mujer es particularmente compleja y difícil de estabilizar en nuestros días. El porcentaje de mujeres que trabaja ha aumentado progresivamente, siendo hoy menos frecuente encontrar a mujeres dedicadas sólo al cuidado de la familia. Aunque este doble rol abre muchas posibilidades de desarrollo personal y profesional, al mismo tiempo impone a la mujer una especial sobrecarga. En muchos casos su marido, si bien acepta que trabaje y haga un aporte económico al hogar, sigue esperando que se preocupe de la casa y que el rodaje doméstico no se vea alterado. Ello

hace que, para muchas mujeres, la vida en este período consista en dos trabajos de jornada completa: uno por el que recibe una remuneración y otro gratuito. Gran número de mujeres, criadas por madres que permanecían en casa, se sienten culpables si no mantienen el hogar adecuadamente. Esto hace que, en muchas ocasiones, deban postergar sus posibilidades de desarrollo profesionales para no tener problemas con su pareja o familia. La mujer que tiene ingresos económicos semejantes o superiores a su marido, experimenta asimismo dificultades: la probabilidad de separación aumenta cuando la mujer aporta más que el hombre al hogar. Esto se puede explicar como otro caso de expectativas socioculturales que señalan que el varón debe ganar más que la mujer y ser la principal fuente de sustento del hogar. Cuando ello no es así, la tensión conyugal aumenta, creándose un nivel de competencia entre marido y mujer que puede ser difícil de manejar para ambos.

Existen hombres que no toleran la complementación de roles en la pareja, y que operan como si fuesen, por definición, superiores a su mujer en todos los planos. Esta posición ha sido frecuente en medios rurales y en estructuras sociales tradicionales. Cuando la pareja femenina de estos hombres tiende a ser sumisa y a aceptar sin ambages la supuesta superioridad masculina, se puede dar una interacción estable, siempre que eventos externos no descompensen el equilibrio. Típicamente la cesantía del marido y la necesidad de que la mujer trabaje para mantener la familia son las situaciones que alteran dicho equilibrio. Existen por otra parte mujeres que necesitan probar su igualdad —o superioridad— respecto al hombre en forma constante. Ellas tienden a competir y a no estar de acuerdo con su marido, lo que genera muchas veces un progresivo distanciamiento —defensivo— de parte de éste. Algunos hombres criados por madres dominantes, aceptarán dicha posición, y en estas parejas es la mujer quien pasa a llevar el rol más activo y central. Dichas mujeres, por su parte, han tenido como modelos parentales a padres sumisos y/o a madres autoritarias. Existen, finalmente, situaciones en las cuales la mujer supera al marido, sea en nivel de ingresos, sea en características personales de diversa índole. En estos casos, el marido puede desarrollar su propia área de intereses o acciones, diferentes a las de su mujer, centrando en ellas su autoestima. Es el caso de maridos de conocidas artistas de cine o televisión, que se dedican a sus negocios en forma inaparente, pero exitosa. Otras veces se puede actuar complementando o apoyando el avance profesional de la pareja, acompañándola en sus viajes y actividades. Es el caso de maridos que pasan a ser los agentes y relacionadores públicos de mujeres de éxito. Este papel de “*príncipe consorte*” no es fácil en nuestra cultura, y en general, implica un grado de tensión dentro de la pareja.

El ajuste laboral logrado en este período, por todas las razones hasta aquí expuestas, puede ser funcional o disfuncional. En el primer caso la persona estabiliza su campo de acción alrededor de una actividad dada, y empieza a progresar paulatinamente dentro de ésta. La edad adulta temprana para muchos se centra en el aprendizaje práctico de los detalles de la actividad escogida, y en avanzar dentro de ésta. La palabra “carrera” alude al elemento de progresión rápida, y también de competencia que se da en este plano.

Por otro lado, en este período de la vida se cuenta habitualmente con la energía y la decisión para abrirse camino en la vida. Ello permite que cuando la elección de actividad ha sido funcional, la persona se desplace hacia delante sin excesivo conflicto. Las elecciones disfuncionales, por el contrario, elevan el nivel de estrés y mantienen a la persona en estado de tensión crónica en su trabajo. Muchas de estas adaptaciones disfuncionales se dan en personas que han elegido su actividad por fuerte sentido del deber, sea hacia la familia, sea hacia la sociedad. En tales casos, en vez de un progresivo ímpetu y un avance sin vacilaciones dentro de las actividades profesionales, se percibe cansancio y disgusto permanentes, con falta de entusiasmo en los planes y proyectos que implican desarrollo profesional. La persona que ha permanecido a cargo del negocio paterno o que adoptó un trabajo porque se le solicitó que lo hiciera como un sacrificio en aras del bienestar de otros, puede hacer sólo una adaptación temporal y a veces dificultosa a esta elección externamente determinada.

Comentarios finales

Notman, por ejemplo, ha subrayado que uno de los principales problemas que las mujeres tienen que resolver al alcanzar los 30 años es el conflicto entre su carrera profesional y la maternidad. Para las mujeres que trabajan y que quieren tener hijos, esta programación es crucial. A medida que se acercan a la treintena, dichas mujeres se dan cuenta de que tienen que pronto tomar una decisión, lo que implica una presión considerable para lograr lo antes posible un nivel suficientemente alto de éxito profesional, para que sus ausencias por maternidad y crianza posteriormente no alteren demasiado su esquema de vida. Para las mujeres que han tenido hijos a edades tempranas, las diferencias pueden ser aún mayores. Durante la etapa descrita por Levinson como de asentamiento, entre los 33 y 40 años de vida, muchas de estas mujeres se encuentran en una época de apertura de nuevas oportunidades en su vida. Las demandas inmediatas de los hijos pequeños ya han pasado, y muchas regresan al trabajo o a la universidad. Empiezan a desarrollar una carrera profesional o por primera vez, a menudo en otros campos donde se valoran la madurez y la experiencia interpersonal, como docentes, psicólogos o en el campo del servicio a la comunidad.

El adulto maduro

Ramón Florenzano

El período de madurez del ciclo vital comprende la quinta, sexta y parte de la séptima décadas. Sus características diferenciales han sido estudiadas a fondo sólo en los últimos años, en la medida que el período entre los 45 y los 65 se ha delineado como una etapa

propia del ciclo vital. Podemos comparar dicha etapa con la de una planta en plena eflorescencia, o con un fruto listo para ser cosechado. La característica pasión e impetuosidad de los años jóvenes ha amainado, y se tiene más experiencia que fuerza física. Ortega y Gasset ha denominado a esta etapa la de la *generación dominante* ya que es en la madurez cuando se alcanzan las posiciones sociales de mayor control.

Jung fue el primer autor que desarrolló una teoría extensa respecto a las características de la segunda parte de la vida. Planteó que en la mitad ascendente del ciclo vital, predomina la *extroversión* y la *acción*; en la segunda, la *introversión* y la *reflexión*. Dicha etapa le pertenece al individuo, tal como la primera le pertenece a la sociedad. En ella la persona se pone en contacto nuevamente con intereses que ya existieron en la juventud, pero que habitualmente se dejaron de lado o postergaron durante la adultez joven, dada la necesidad de instalarse en la vida, avanzando en la actividad laboral y formando una familia. Tales desarrollos postergados se retoman en la segunda etapa; estos intereses muchas veces no producen ingresos económicos ni lucimiento externo, sino crecimiento interior. Jung plantea que, paradójicamente, aquellos sujetos que triunfan con más facilidad en la primera mitad de la vida, mayor conflicto tienen en la segunda. Ello puede asociarse a su observación de que el éxito externo se consigue en base de un desarrollo unilateral y a un excesivo grado de especialización. El individuo debe, entonces, en su madurez, desarrollar de nuevo potencialidades e intereses que se atrofiaron anteriormente.

El psicoanalista Elliot Jacques ha hecho aportes importantes a la comprensión de la psicología de la madurez, señalando como la vivencia de la propia mortalidad pasa a ser cada vez más importante. Las muertes tempranas de parientes o amigos hacen que la persona comience a plantearse su propia muerte como una posibilidad real. La fantasía de una crisis cardíaca, o de las consecuencias de la viudez, son cada vez más frecuentes, empezando la persona a tener una nueva perspectiva de su devenir temporal. En éste no se contabiliza el tiempo que se ha vivido, sino cuánto queda por vivir. Ello hace que la sensación de plenitud, de experiencia y de estar en el mejor momento de la vida se vea amortiguada por otra de vulnerabilidad física y, a veces, por un sentido de urgencia temporal. En tal sentido, Kernberg ha hablado de un quiebre normal del narcisismo en esta etapa de la vida, señalando de que forma la mayor parte de los triunfos externos se logran en la primera mitad de ésta.

Estos años son también marcados por el envejecimiento y, a veces, la muerte de los propios padres. La preocupación por el bienestar de ellos, sea físico, económico o emocional es una fuente frecuente de estrés en esta etapa. Cuando uno o ambos padres mueren, sentir que se pasa a formar parte de la generación mayor con responsabilidad por la familia, es un elemento que hace a muchas personas madurar y asumir responsabilidades que hasta el momento habían eludido. El crecimiento de los propios hijos, a su vez, involucra una re-elaboración importante de la relación con ellos. Lo anterior suele implicar que la propia autoestima pasa a depender de los logros y avances de la prole. Otras veces, la madurez significa adquirir un sentido de mayor independencia y de tiempo

propio para sí mismo y su pareja, al ser los hijos ya independientes y autónomos. Los dos hechos anteriores conforman una sensación cada vez más nítida de ser un puente entre generaciones.

Para algunos, el tema central de la madurez no es tanto el desarrollo de la propia progenie, sino la posibilidad de formar herederos intelectuales. El rol de mentor o maestro de las generaciones venideras, incluye servir de modelo o guía, sea en el plano deportivo (entrenadores), intelectual (profesores) o espiritual (sacerdotes). El rol de mentor puede ser muy satisfactorio, pero genera también desafíos complejos en su desempeño. Para las mujeres, esta etapa puede implicar un sentido de mayor libertad, al terminar el período reproductivo, y contar con más tiempo libre y con la posibilidad de dedicarse en forma más completa a la consolidación de la familia y a la crianza de los hijos. Otras mujeres, sin embargo, toleran mal la progresiva autonomía de la prole, o se preocupan obsesivamente acerca de las consecuencias de una posible viudez. Los hechos anteriores hacen que el conocimiento detallado de tal etapa sea indispensable no sólo para los profesionales de la salud mental, sino para todos los que trabajan con personas.

Erik Erikson ha conceptualizado la crisis psicológica normativa de esta etapa como la de la generatividad *versus* el estancamiento. Tal desafío implica la tarea psicológica de poder entregar a otros lo que se ha recibido, lo que representa un dilema entre egoísmo y altruismo. Existen personas que persisten en una actitud de autoabsorción y les cuesta, por ejemplo, aceptar el hecho de que los propios padres no están ya en una posición psicológica de dar apoyo emocional, tiempo o dinero. Ello involucra que el adulto generativo debe colocarse maduramente en la posición de entregar, a su familia de procreación aquéllo que él recibió de su familia de origen, incorporando además su propio aprendizaje vital. O bien, debe ser capaz de enseñar a otros su oficio o profesión, transformándose en mentor de los más jóvenes. Algunas personas pueden asumir este rol en forma abierta y libre; otros tienen una actitud inmadura al respecto y tratan de seguir dependiendo de sus propias familias, o de explotar emocional o aún económicamente a sus discípulos.

Kernberg ha hablado del *quiebre normal del narcisismo* en la madurez, que liga al reconocimiento del desgaste físico que se empieza a acelerar en esta etapa. Entre los veinte y los cincuenta años los sistemas fisiológicos se deterioran a una tasa de 0,5% anuales. Desde los 50 a los 70, este deterioro se acelera al 1% anual. Los sistemas defensivos e inmunes comienzan a disminuir su efectividad; la velocidad del metabolismo basal disminuye y todos los procesos orgánicos se hacen más lentos; se digieren peor los alimentos, y se toleran peor las sobrecargas alimenticias y las ingestas alcohólicas masivas. La memoria de fijación y, por lo tanto, el aprendizaje de hechos o destrezas nuevos disminuyen: hay mayor número de olvidos de nombres o de ubicación de lugares o cosas. La memoria de evocación, sin embargo, se mantiene hasta avanzada la senectud, y la persona funciona entonces en forma selectiva, pudiendo llevar a cabo, cada vez mejor, aquellas cosas que aprendió en su juventud: la persona madura realiza muy bien lo que aprendió a hacer en la juventud.

La piel es un sistema que se modifica en forma importante en esta etapa: empieza a secarse y a perder la grasa subcutánea, esto hace que se torne más delgada, quebradiza y rígida. Ello origina arrugas alrededor de los ojos, de la boca y del cuello. La pérdida de fibras proteicas (colágeno y elastina) hace que disminuya la elasticidad y la suavidad cutánea. Dicho proceso puede retardarse manteniendo la piel húmeda, y acelerarse si se bebe en exceso, o se expone la piel al sol por períodos largos. El cabello también comienza a perderse en forma selectiva: aparece calvicie en los hombres, y la coloración de los cabellos disminuye en ambos sexos, al perder el folículo piloso la posibilidad de producir melanina. La calvicie se acompaña de canicie: cabello primero gris y luego blanco. La secreción de las glándulas que lubrican los folículos pilosos, asimismo, disminuye, haciendo que el cabello se torne seco y quebradizo.

La capacidad visual comienza también a disminuir después de los 40 años: se pierde la visión en lugares menos iluminados, requiriéndose luces brillantes para leer. Aparece la presbicia, siendo difícil enfocar bien la vista muy de cerca o muy de lejos: son cada vez más necesarios los anteojos bifocales. La capacidad auditiva empieza también, lentamente, a disminuir, y la persona evita los ruidos de fondo, o la música excesivamente alta, ya que le impiden concentrarse en lo que se está diciendo. Ello se debe a que la audición, para las tonalidades altas, es la primera en perderse.

El corazón de una persona cuando cumple 40 años, ha latido 1,5 billones de veces y bombeado 5 millones de barriles de sangre a través de un sistema arteriovenoso que tiene 20.000 kilómetros de largo. Las enzimas que regulan la capacidad contráctil del corazón empiezan a disminuir su eficiencia, y éste, aunque sigue latiendo a la misma frecuencia, bombea menos sangre que antes. Asimismo, las paredes de las arterias, en especial de las coronarias, empiezan a engrosarse y hacerse menos elásticas. Ello hace que el corazón encuentre mayor resistencia para impulsar la sangre por medio de los vasos sanguíneos: el flujo se hace más lento y viscoso, como un "taco" automovilístico. Al mismo tiempo, en los riñones se limita la capacidad de filtrar la orina, lo que puede implicar mayor lentitud en eliminar sustancias tóxicas, y una necesidad de beber más agua que antes. Finalmente, los pulmones van disminuyendo su capacidad para ventilar el aire que inhalan, principalmente por pérdida de elasticidad de la musculatura intercostal. Ello se traduce en una menor capacidad para oxigenar la sangre, y explica porqué la persona "pierde el aliento" al subir escalas o al tener que correr repentinamente.

Salud en la madurez

Los procesos recién descritos, tienen gran variabilidad individual, y pueden ser retardados, pero no detenidos, por la mantención de un estado físico adecuado y por un estilo de vida sano. Tal proceso de deterioro se liga al progresivo aumento de la mortalidad de los individuos a medida que avanzan en edad.

El grupo de edad entre los 45 y 54 años tiene el doble de cantidad de muertes que el entre los 35 y los 44. A su vez, el grupo entre 55 y 64 duplica la mortalidad de la década anterior. Las causas de muerte también se modifican con el paso de los años: hasta los 45 los accidentes y otras causas de muerte violentas, son la principal causa de mortalidad. Desde los 45, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer pasan a predominar en forma importante. En esta etapa aparecen otras enfermedades crónicas del adulto, tales como la diabetes, cirrosis y enfermedades respiratorias. Dentro de los cánceres, las neoplasias digestivas y respiratorias tienen una frecuencia creciente a medida que pasa el tiempo, seguidas por diversas formas de cáncer ginecológico. La mortalidad por cirrosis aumenta progresivamente hasta los 55 años, luego se estabiliza y comienza a decrecer. La mortalidad por diabetes, por otra parte, aumenta progresivamente en la medida que transcurre el tiempo.

Lo anterior no implica que esta etapa sea necesariamente una de decaimiento individual: desde muchos puntos de vista éste es un período de plenitud. La disminución de la presión instintiva hace que la persona tome la vida con mayor placidez y serenidad; el haber conseguido un nivel adecuado de ingresos en el período previo, posibilita contar con tiempo libre para dedicarlo a los propios intereses y a las motivaciones altruistas propias de dicha etapa. Esta sensación de plenitud vital se evidencia en la posibilidad de dedicar tiempo y energía a las actividades elegidas voluntariamente, a diferencia del período anterior, cuando se prefería hacer lo que externamente era más importante. Algunas personas persisten en acciones externas, ya sea por haberse retrasado el logro de la necesaria independencia, de la autonomía psicológica o económica, o por querer mantenerse en posiciones de liderazgo o control sociales: ya aludimos a la “generación dominante” de Ortega. Típicamente, las personas maduras son vistas por los jóvenes como detentando el poder y oponiéndose a los cambios y renovaciones generacionales o sociales.

Jung utilizó a menudo la analogía del sol para describir el ciclo vital y la crisis de la edad media. Nuestra vida, decía, es como el ciclo solar visto desde una isla pequeña. En la mañana, el sol se desprende del mar maternal y va ganando fuerza progresiva a lo largo del día hasta alcanzar el cenit. Luego, cede su lugar central, y vuelve a descender para sumergirse en el mar. El desarrollo normal humano es semejante: en la mañana de la vida, el hijo se desprende del seno materno y lucha por ascender hacia las alturas. Alcanzadas éstas, debe sacrificar su amor y ambición, tal como lo hace el sol, para seguir su ciclo prefijado. En términos junguianos, la primera mitad de la vida se desarrolla bajo la constelación o arquetipo del *héroe*: éste gobierna desde el Yo los impulsos del adolescente y del joven hacia los logros, avances y énfasis en la propia identidad. El objetivo vital de la segunda mitad de la vida, el arquetipo del *sí mismo*, pasa a ser cada vez más importante, y la nueva meta es lograr el desarrollo integral o equilibrado. Se hace entonces necesario reactivar aquellos aspectos que se postergaron durante el período de luchas y ambiciones juveniles.

El giro anterior implica un reequilibrio importante en los objetivos y sistemas de valores de las personas.

Este proceso de reelaboración se traduce en la antes descrita crisis de la edad media. Tal como en la niñez, se debió cortar y abandonar vínculos estrechos con la madre y en la adolescencia con la familia, en este período se debe elaborar el excesivo apoyo en los logros y éxitos externos. Hay quienes no logran este equilibrio, y siguen luchando por llegar siempre más alto. Dicha mantención del esfuerzo denodado de los jóvenes se hace en contra del deterioro físico antes descrito, así como en contra de otros componentes psíquicos que presionan por emerger. Algunas personas tratan de negar el paso de los años manteniendo un aspecto juvenil, haciendo tanto deporte como antes, y relacionándose socialmente con personas mucho menores que ellos. Esta relación es distinta a la del menor antes descrita. En ella se sabe que hay una diferencia de edad: por el contrario la persona que quiere tratar de negar el paso de los años, simula tener la misma edad que sus amigos jóvenes. En la obra teatral de Oscar Wilde *"El retrato de Dorian Gray"* se ilustra muy bien esta conflictiva realidad.

Otras personas presentan el así llamado "síndrome de Gauguin", y deciden desarrollar una nueva carrera o actividad, al sentirse frustrados, aburridos o descontentos con la vocación elegida en la juventud. Dicha decisión se traduce en cambios de especialidad, actividad o logros vitales, y generalmente implica una decisión más personal, libre e informada, que la que adoptada en la segunda o tercera década de la vida. Tal como algunos cambian de actividad, otros cambian de pareja y buscan "rehacer su vida" con otra persona. Esta decisión en muchas oportunidades, se liga a un intento de negar el paso de los años, buscando en una persona más joven la juventud perdida. Estos intentos de reciclaje a través del cambio de pareja muchas veces terminan en un rotundo fracaso. La "segunda oportunidad" es para muchos un mito y puede terminar en problemas serios posteriores, cuando se vuelve a enfrentar la nueva elección, sea de pareja o laboral, con la misma actitud que se enfrentó la primera. Ello se traduce en que la persona adopta una actitud compulsiva y rígida hacia los nuevos valores, actividades o personas, manteniendo una focalización excesiva, en vez de ampliar y flexibilizar sus horizontes vitales.

Muchas personas en vez de hacer un giro en 180 grados adhieren con mayor intensidad a sus elecciones iniciales. Esta confirmación del camino previo normalmente tiene menos conflictos. Ello es especialmente cierto en el caso de la vida familiar, ya que se evitan numerosas consecuencias negativas de la deslealtad con la primera pareja, y se permite seguir adelante con una relación más madura y afiatada. En algunos casos, sin embargo, esta reconfirmación de las elecciones de la primera estructura vital se hace en forma rígida y compulsiva, y a costa de la pérdida de libertad interna. Diciendo esto en terminología psicoanalítica, es una opción hecha desde el Superyó y a costa del Yo. Muchas de estas personas se transforman en pilares de la sociedad, cerrados y críticos de los demás. El personaje de Dostoievsky del Gran Inquisidor, describe a tal personaje.

En resumen, este período consolida la transición desde una primera estructura vital provisoria a una segunda definitiva: la que la persona utilizará por el resto de su vida. El desarrollo integrado del adulto maduro implica actualizar potencialidades que no se

desarrollaron en el período previo. Tal integración puede implicar el camino hacia la introversión, en personas que fueron fundamentalmente extrovertidas antes, o bien el descansar y el dejar de correr para aquéllos que lo hicieron demasiado rápido en la primera mitad de la vida. Se ha dicho que el real ganador de una carrera es aquél que deja de correr primero. Asimismo, aquellos que vivieron muy centrados en sí mismos —en forma egoísta— tienen ahora una oportunidad para verse hacia los demás: un altruismo que permite formar y devolver a otros lo que se tomó antes. La generatividad, en el sentido eriksoniano, implica adoptar roles de mentor hacia los más jóvenes, así como dentro de la familia el asumir roles parentales en forma libre y madura: la capacidad de disfrutar la relación con los hijos se alcanza en forma más plena en dicha etapa, como se verá a continuación. Asimismo, es en este período cuando asumen, con mayor dedicación, roles de liderazgo social personas que hasta entonces se dedicaron a formarse una situación profesional y económica. Ahora pueden dedicar su tiempo a procurar el bien común y el bienestar de los demás.

La vida familiar en la edad madura

La capacidad de ser padre o madre (“parentalidad”) es una función psicológica que se adquiere lentamente a lo largo de la vida, y que sólo se consolida plenamente durante la madurez. Anteriormente la persona se hallaba demasiado inmersa en su proceso de separación-individuación y crecimiento personal, para poder centrarse en forma completa y desinteresada en el desarrollo de sus hijos. La historia de las relaciones paterno-filiales puede entonces desviarse en dos sentidos: en el del desarrollo de los hijos “teledirigido” por los padres, en el cual se espera que los hijos hagan exactamente lo que sus padres pretenden de ellos. O bien en el del desarrollo “abandonador”, en el cual los padres en exceso absorben en sus propios intereses o problemas descuidan a los hijos, sea a su propio destino o bien entregándolos a parientes, personas de servicio doméstico o a quien esté dispuesto a hacerse cargo de ellos.

La *paternidad* en el varón ha sido muchas veces entendida sólo como la función reproductivo-procreativa, cómo el mero engendrar hijos y aportar el sustento en un sentido externo y económico: se espera del padre sólo que sea un buen proveedor. Pero en las últimas décadas se ha explorado más sistemáticamente el significado y la importancia psicológica de la paternidad en los planos emocional y afectivo. La *maternidad* es una fuente mucho más estudiada. En ella se ha planteado que existe un anclaje biológico más profundo que en la paternidad. Se habla, desde antiguo, de un “instinto maternal” cómo un impulso central en el desarrollo y en la conducta femeninas. El despliegue de este impulso tradicionalmente se reconoce en el período de adultez joven del ciclo vital femenino, que es el de mayor fertilidad en la mujer.

El riesgo para la salud de la madre y el niño, que es alto durante la adolescencia, baja de los 20 a los 35 años y luego vuelve a ascender en forma notoria. Este hecho hace

que muchas mujeres, una vez que han cuidado a sus hijos, experimenten su crisis de la edad madura, en la cual intentan retomar un desarrollo intelectual o profesional que quedó suspendido en el momento en que se casaron y tuvieron hijos. Hoy con mayor frecuencia existe la situación opuesta: a la mujer profesional o que trabaja y que toma su actividad con tanto tesón o ímpetu como el varón, le falta tiempo para dedicarse a formar una familia. Existen numerosos ejemplos de actrices de cine, novelistas y otras mujeres de éxito, que tienen hijos a una edad relativamente avanzada, lo que les permite integrar un aspecto de ellas mismas que habían postergado por largo tiempo.

La llegada y el crecimiento de los hijos coloca siempre un grado de tensión en la familia. Cada vez que ésta se amplía se requiere una inversión emocional adicional; como en muchas ampliaciones, los resultados a la larga son satisfactorios y fructíferos. La preparación emocional de cada padre varía según el momento y características de su propio transitar en el ciclo vital. Hay parejas que se definen a sí mismas como centradas en criar y formar bien a sus hijos ("parejas parentales") y que posponen sistemáticamente sus intereses y desarrollo personales. Existen otras que por el contrario, luchan denodadamente por mantener espacios propios hasta tal extremo que sus hijos los ven egoístas y poco sensibles a sus necesidades. El balance entre el desarrollo personal, la atención a las necesidades de la pareja, y el apoyo material y emocional a los hijos, es siempre complejo y delicado. Muchos conflictos y quiebres familiares se deben a rupturas de este equilibrio en un sentido u otro.

El aumento progresivo del número de hijos modifica paulatinamente la faz de la familia: las familias con un hijo único tienden a vivir alrededor de éste, que crece sintiéndose al centro del acontecer familiar, recibiendo más cuidados que los hijos posteriores, hasta el extremo de la sobreprotección. Existe una mayor frecuencia de estructuras narcisistas de personalidad entre los hijos únicos. El *hijo mayor* experimenta además, con mayor fuerza, las consecuencias del paso de una estructura diádica a otra triangular. El *segundo hijo* tiene que crecer a la sombra del mayor, lo que puede ser positivo, ya que ello le permite vivir sin tanta vigilancia parental, o negativo si se siente permanentemente comparado con las características o logros del mayor. Suele producirse un desarrollo complementario, en el cual el segundo hermano desarrolla atributos que no posee el primero. Si éste demuestra buenas capacidades intelectuales, el segundo puede destacar por sus capacidades físicas o atléticas. Ahora bien, si el primero es sociable y gregario, el segundo puede profundizar en la vida espiritual e interior. Dicha complementación es aún más evidente cuando ambos hermanos pertenecen a sexos diferentes, y forman así una pareja fraternal que se identifica y complementa con la pareja paterna. Las *familias de tres hermanos* configuran con frecuencia una constelación de una pareja y un tercero excluido. Ella puede tener múltiples configuraciones: dos hermanos mayores separados del tercero por una mayor diferencia de edad, una pareja que se aleja del tercero por alguna diferencia física externa, etc. Es muy frecuente la sensación de exclusión del hermano del medio en familia con tres hijos de edad cercana. Tanto el mayor como el menor, por serlo, tienen características y expectativas

familiares claras. El hermano del medio puede tener mayor dificultad en ubicarse en la familia, y sentirse desprovisto de un espacio bien definido para sí mismo. Las *familias de cuatro o más hijos* poseen también una fisonomía propia. Por una parte las familias numerosas tienen la ventaja de que ofrecen una amplia gama de interacciones sociales y emocionales en forma interna: sus miembros raras veces experimentan aburrimiento o soledad, como puede acontecer a hijos de familias pequeñas. Por otra parte, en las familias grandes se desarrollan códigos de comunicación propios a veces herméticos, que puede hacer que a sus miembros les cueste después interactuar externamente. Un hijo de una familia de ocho hermanos, nos decía: "Mi familia era tan entretenida, que hasta que fui mayor no tuve necesidad de buscar un amigo o a nadie fuera de ella". Los *hijos menores* tienen también sus características propias: a diferencia de los mayores, los padres ya han aprendido a serlo, y en muchos casos se encuentran en buena disposición psicológica para cumplir con su función. Los hijos menores se sienten por lo mismo queridos y aceptados por sus padres: muchas veces se considera al menor como al regalón de la familia. Si el nivel socioeconómico familiar ha mejorado, a veces el ambiente material de estos hijos es superior que el de sus hermanos. En estas familias, por otra parte, la distancia generacional entre hijos y padres es también amplia, lo que puede crear conflictos padre-hijo de importancia. En otras oportunidades, los hermanos mayores pasan a actuar como padres sustitutos y los padres, emocionalmente, equivalen a los abuelos.

La *tarea central de la familia madura* es tomar una actitud positiva cuando los hijos se van y plantearse, como pareja, una estructura vital definitiva. La *familia con hijos adolescentes* vuelve a enfrentar un conjunto de contradicciones. La adolescencia implica que los hijos que hasta ahora habían centrado su equilibrio en sus padres y hermanos, busquen nuevos horizontes y modelos de identificación. El rechazo a los puntos de vista de los padres, normal dentro de la ampliación de horizontes de los jóvenes, puede ser muy doloroso como experiencia para algunos padres que han centrado su vida en el cuidado de su prole. Ello puede conducir a un exceso de control y a una actitud disciplinaria rígida hacia los hijos adolescentes. Existen jóvenes que extremen su identificación rebelde con modelos alternativos, y que a su vez inducen a una respuesta estricta de parte de los padres. Es desde este ángulo que se ha dicho que la estructura y solidez de la familia es puesta a prueba por la adolescencia de sus miembros jóvenes. Existen familias que aumentan su grado de comunicación en la medida que los hijos crecen. Aparece un nuevo sentido de trabajo en equipo y los hijos van asumiendo nuevos roles dentro del equilibrio familiar. En otras oportunidades, la adolescencia es tomada por los padres como un obstáculo o un proceso negativo. Muchas veces ella representa un testimonio inevitable del paso del tiempo y del propio envejecimiento. La mujer atractiva de edad madura, que no puede tolerar ver como las miradas de los hombres ahora se centran en su hija, puede pretender competir con ésta. Muchos romances tardíos de mujeres cuarentonas se deben a esta dinámica oculta de comparación con una hija quinceañera. La otra cara de la misma medalla la presentan padres que han hecho tradicionalmente

deporte en forma exitosa, y que toleran mal que sus hijos adolescentes comiencen a ganarles en éstos, entrando en abierta competencia con ellos.

Un modo diferente de conflicto generacional lo presentan padres que intentan detener el crecimiento de sus hijos a costa de mantenerlos dependientes, limitándoles las salidas fuera del lugar, fijándoles horas tempranas de llegada nocturna, o impidiéndoles el salir con personas del sexo opuesto. Todos estos intentos de control exagerado de los hijos están destinados al fracaso: aun los hijos que aparentemente aceptan tales cortapisas, terminan rebelándose en forma inaparente o encubierta. La tensión alrededor de la salida de los hijos aumenta en la medida que ellos dejan la adolescencia y están listos para salir del hogar.

La *etapa de la familia portaaviones* que ofrece a sus hijos la posibilidad de despegar y volar por su cuenta es otro período que puede ser potencialmente muy satisfactorio o muy conflictivo. En dicha etapa, el alejamiento filial es, por error, sentido como definitivo, y la sensación de nido vacío, angustiante para uno o ambos progenitores. Esta sensación puede ser mayor entre aquellas mujeres que han dedicado buena parte de sus vidas a la crianza de sus hijos, postergando o dejando sin desarrollar habilidades o destrezas profesionales o laborales. En tales casos es muy frecuente la así llamada depresión menopáusica o melancolía involutiva. Esta etapa es más difícil de enfrentar para familias con pocos hijos. En éstas, los nietos comienzan a llegar antes de que se vayan los últimos hijos de casa, suavizando la transición antes mencionada.

La vida matrimonial en la edad madura

En esta etapa el ajuste conyugal plantea nuevos desafíos y oportunidades. La adaptación entre marido y mujer es más fácil: el paso de los años ha limado asperezas y permitido un mejor ajuste caracterológico entre ambos. Se tiene mayor tolerancia para la impaciencia de uno o para la impuntualidad del otro, por ejemplo. El paso de los años hace que las pulsiones sexual y agresiva no tengan la impetuosidad de antaño.

Ello hace que amaine el potencial de conflicto interpersonal, en la medida que la personalidad, como los vinos viejos, se consolide y madure.

Otro elemento que modifica la vida de pareja en esta etapa es la soledad: se pasa más tiempo sin los hijos, que ya han dejado el hogar o bien pernoctan en él, pero pasan la mayor parte del tiempo afuera. La vida social va disminuyendo en intensidad, y las primeras limitaciones del aparato locomotor impiden practicar deportes como antes. Ello también significa que se tiene más tiempo para el otro, tiempo libre que puede ser fructíferamente aprovechado. Existen parejas que, en este momento, descubren que tienen poco en común: durante largos años han conversado acerca de sus hijos, y al alejarse éstos se encuentran solos, e incluso distantes el uno del otro. Es éste, por lo tanto un período potencialmente conflictivo, fuente de separaciones tardías de parejas que funcionaron bien durante la crianza de sus hijos.

La adaptación sexual en esta etapa, requiere también de modificaciones. En este período, la relación sexual deja de tener como consecuencia la posibilidad de reproducirse. La mujer puede reaccionar negativamente a la menopausia, sintiéndose equivocadamente menos femenina si ya no puede procrear. La capacidad de tener relaciones sexuales satisfactorias se prolonga mucho más allá de la menopausia. La etapa de madurez de la pareja es, por lo tanto, potencialmente muy satisfactoria en este período de menor presión instintiva y con una disociación biológica entre las capacidades de relación sexual y reproducción. Por otra parte, existe un desfase entre ambos géneros en el interés por lo sexual: el hombre tiene su período de mayor pujanza y actividad sexual entre los 20 y 35, para luego disminuir ese interés en forma paulatina pero pareja. La mujer, por su parte, puede desarrollar más lentamente su capacidad de placer sexual, y de una sexualidad moderada en la adolescencia y tercera década de la vida, pasa a una conducta cada vez más activa en las cuarta y quinta décadas. Esto es una generalización, con gran variabilidad tanto individual como sociocultural. En la práctica clínica es relativamente frecuente que los conflictos típicos de las parejas jóvenes, cuando el hombre se frustra porque su mujer no acepta siempre sus requerimientos amorosos, se inviertan veinte años después. Ahora, es la mujer cuarentona la que se frustra y se queja de un marido que le parece pasivo y desinteresado. Por eso, se ha dicho que las infidelidades debidas a problemas de compatibilidad sexual son más frecuentes en el hombre en la juventud, y en la mujer en la madurez.

El desfase anteriormente descrito, tiene un paralelo en la evolución de los intereses profesionales y personales. Es típico que el hombre haya desarrollado en forma intensiva su avance laboral y profesional durante su adultez joven y al llegar a la edad madura esté en una posición de mayor tranquilidad y de querer disfrutar los logros que alcanzó. La mujer que antes se centró en la crianza de los hijos y en las funciones internas de la familia, llega muchas veces a dicha etapa con una motivación importante para retomar su crecimiento profesional o laboral. Ello es relativamente sencillo para aquellas mujeres que estudiaron y lograron un título profesional u otro tipo de capacitación laboral en su juventud. Es posible entonces ejercitar el oficio o profesión ya adquirido. El dilema es más serio para las mujeres que deben comenzar un desarrollo totalmente nuevo a este respecto, volviendo a la universidad y asumiendo el rol de estudiantes.

Algunos de los conflictos de pareja típicos en esta etapa corresponden a estos caminos divergentes seguidos por marido y mujer, en los cuales el primero se halla en la cumbre de su desarrollo profesional, y quiere tener una compañera con quien disfrutar los logros de su arduo trabajo previo, mientras que la segunda está en la posición de buscar caminos y lograr desarrollos propios. La personalidad de ambos miembros de la pareja evoluciona, por lo tanto, en forma clara en dicha etapa de madurez, a veces en forma complementaria, otras en forma antagónica. Es importante conocer las posibles interacciones que dicha evolución trae consigo ya que, como se ha visto, es muy posible que aparezcan conflictos a veces menores, pero que a menudo pueden ser serios.

Existen numerosas alternativas a la evolución de la vida en pareja recién descrita. Así, por ejemplo, es frecuente hallar personas que se mantienen célibes a lo largo de la vida: 2 a 5% de los adultos son solterones, dependiendo del nivel sociocultural y de las condiciones económicas. En períodos económicos difíciles, aumenta el porcentaje de los que no se casan. Otras personas no lo hacen por propia decisión vocacional, siendo un ejemplo el celibato eclesiástico. En tercer lugar, hay quienes no se casan por mantener lazos excesivamente fuertes con su familia de origen. Durante la época de la Colonia, en Chile, era frecuente que una de las hermanas no se casara y se quedara para “vestir santos”. Esto, en la práctica, significaba cuidar a los padres ancianos y entrar a un convento a la muerte de éstos. En familias muy tradicionales la costumbre se mantiene hasta nuestros días.

Por lo demás, existen personas que no se casan por presentar importantes problemas intrapsíquicos. Entre las psicopatologías que más frecuentemente se asocian a mantenerse soltero se hallan algunos desórdenes de personalidad, tales como los pacientes *esquizoides*, que se aíslan y no toleran la intimidad; los *narcisistas*, que carecen de la capacidad de amar a otros, y los *obsesivos*, que necesitan mantener un exceso de orden y control. Todos ellos no toleran una interacción fluida y complementaria con otra persona.

Existen también desenlaces de la vida conyugal en esta etapa, en la cual la pareja se quiebra. Las estadísticas muestran que alrededor de un quinto de los santiaguinos adultos están separados. Muchos de ellos se vuelven a casar dando origen a las así llamadas familias reconstituidas. No hay estudios completos en nuestro medio sobre el grado de éxito de estas segundas alianzas. Finalmente, están quienes no se vuelven a casar y entran en una serie de nuevas relaciones, sean secuenciales, sean paralelas. Esta es otra situación de frecuencia también creciente, que espera ser estudiada sistemáticamente.

La vida laboral en la edad madura

La edad madura es el período de la vida en el cual se alcanza el mejor dominio de la propia profesión, actividad u oficio. Durante el período anterior, se atravesó por un lento aprendizaje de los detalles prácticos de éstos, que no aparecen en los manuales o libros de texto. La repetición reiterada de los mismos procesos, hace que las respuestas se automaticen y que externamente se perciba un dominio o maestría de la actividad que se realiza. Un buen abogado, alegando en los tribunales, un cirujano operando diestramente o un funcionario gubernamental con años de experiencia, proyectan habitualmente una imagen de confianza en lo que hacen. Esta sensación de maestría se asocia al hecho de haber profundizado en un tema a lo largo de los años y enfrentado situaciones que parecen externamente semejantes pero que nunca son iguales. La capacidad de resolver problemas que están ligados entre sí permite adquirir experiencia; el reconocer la individualidad

de cada situación hace que un buen profesional o artesano no pierda el interés en lo que hace a pesar del paso del tiempo. El músico eximio puede haber interpretado centenares de veces la misma melodía, pero cada nueva repetición es un nuevo desafío.

Hendricks ha descrito un impulso psicológico a la maestría y al dominio de la realidad externa como básico en el ser humano. Este impulso se ve en juego, en muchas personas de edad madura, que experimentan un profundo goce en hacer lo que hacen. Aunque a veces no son bien remunerados ni tienen mayores incentivos externos, tal motivación intrínseca les mantiene interesados en su trabajo, tratando de hacer lo mejor posible lo que aprendieron hace ya bastantes años.

La consolidación de la identidad laboral es una de las características centrales de la madurez. Thomae ha estudiado el tema en relación a la identidad del psicoanalista. Este profesional, en la medida que analiza pacientes a lo largo del tiempo, es más capaz de ver hechos que el principiante no percibe. Hay, asimismo, una mayor convicción en los marcos referenciales utilizados y una identificación más intensa con la propia profesión. Para muchos profesionales, los colegios o asociaciones gremiales que agrupan a sus colegas pasan, en esta época a ser área de actividad y preocupación. La consolidación del territorio de la propia profesión y la apertura de campos laborales nuevos para ella, llegan a constituir un modo de perpetuarse. En las profesiones más antiguas y establecidas se prolonga así una tradición que viene desde la Edad Media: las gildas o cofradías artesanales son los antepasados de los colegios profesionales de hoy.

Gyarmati ha estudiado acuciosamente el tema de la sociología de las profesiones, mostrando cómo en cada área temática hay profesiones tradicionales que dominan, por así decirlo, el campo laboral, y otras subordinadas que, en la medida que pasa el tiempo, empiezan a competir por el territorio que ocupa la profesión dominante. En el campo de la salud, por ejemplo, la medicina ha sido por centurias la profesión dominante, y otras tales como la enfermería, la obstetricia, o la tecnología médica, subordinadas. Sólo en las últimas décadas, esta situación ha empezado a cambiar, y la hegemonía de los médicos se ha visto cuestionada desde diferentes ámbitos. La misma competencia por el dominio de un campo, se da en el plano global de la sociedad. En la historia de diferentes países, es posible ver que hay períodos en los cuales los abogados tienen una mayor preponderancia. En otros son los economistas, ingenieros comerciales o administradores los que adquieren un dominio social global. Dentro de Latinoamérica, es asimismo factible ver una oscilación entre militares y civiles en las posiciones de mayor dominio político, a lo largo de las dos últimas centurias. La mayoría de los líderes políticos, independientemente de su profesión, sin embargo, pertenecen a la edad madura, confirmando una vez más la aserción de Ortega de que ésta corresponde a la generación dominante.

La descripción anterior se refiere a la consolidación satisfactoria de una identidad profesional. Existen, sin embargo, casos en los cuales ella no se logra del todo o sólo se consigue parcialmente. Aparecen entonces el aburrimiento o la mecanización de la actividad, y el desarrollo de intereses alternativos, frecuentemente extralaborales. El

aburrimiento es un sentimiento complejo, que surge cuando el trabajo deja de proporcionar satisfacciones al sujeto, y pasa a realizarse en forma rutinaria o desinteresada. Ésta es una evolución que surge con alguna frecuencia en los años maduros. Ella puede ligarse a desilusiones o a expectativas largamente acariciadas pero no logradas. Aquellas personas que ambicionan, por ejemplo, cierta promoción a un puesto de mayor responsabilidad y ven a alguien más joven que ellos siendo promovido a esa posición, pueden reaccionar con una actitud cínica, escéptica o desinteresada desde ese momento en adelante. Dicha reacción es más acusada cuando se ha trabajado en forma ardua y sistemática para alcanzar ese puesto, y aquél que lo toma accede a él por consideraciones de otra índole, sean políticas, sociales o económicas.

Otras personas en similares circunstancias, tienden a desplazar su interés hacia planos extralaborales. A menudo se retoman, en este momento de la vida, temas e intereses que existieron en la adolescencia y juventud. Así es como intereses en el plano artístico, cultural o religioso, reaparecen ahora con renovados bríos. En todo caso, en dicha época de la vida hay ya una costumbre de estar ocupado en una actividad, sea laboral o extralaboral.

Muchas personas sienten la sensación de trabajo y se quejan de un mayor o menor grado de sobrecarga. Sin embargo, las mismas personas, si por una u otra razón se encuentran imposibilitadas de realizar su actividad usual, empiezan a sentirse intranquilas, ansiosas o incluso depresivas. Ésta se debe a la importancia central del trabajo durante la adultez. Robert Coles en cuidadosos estudios antropológicos con técnicas de observación participativa, ha demostrado cómo la autoestima, en los adultos promedio de la cultura occidental, se afirma en el saberse capaces de trabajar y de poder percibir ingresos cuando están productivamente empleados. La ética del trabajo se halla poderosamente imbuida en nuestra cultura, especialmente en las clases medias urbanas y en los grupos profesionales.

Otro aspecto que debe considerarse en relación al impacto del trabajo en la persona es el grado de movilidad geográfica que la actividad implica. Con la creciente tecnologización y globalización de la cultura, es cada vez más frecuente que un trabajador activo tenga que desplazarse de una ciudad a otra, o incluso en algunos de un país a otro. Hay trabajos cuya misma naturaleza implica viajar: vendedores viajeros, supervisores regionales o consultores internacionales. La adaptación al desplazamiento frecuente difiere en los diversos individuos, así como en sus familias. Tal como en la prehistoria existían tribus nómades y otras sedentarias, asimismo existen personas y familias que obtienen placer y satisfacción cada vez que se cambian de un lugar a otro, y quienes prefieren mantenerse en forma prolongada en el mismo lugar. Las características psicológicas de nuestros modernos nómades se centran en la búsqueda de novedades. Estas personas, que gozan conociendo nuevos lugares y personas, tienden a aburrirse con la rutina de actividades del mismo modo de día en día, y prefieren tener un trabajo que implique desplazamientos frecuentes. Es típico que dichas personas prefieran tener diversos lugares de trabajo, y en general, prefieran la mayor variedad posible. Típicamen-

te también, ellas toleran mal actividades que se realizan en una oficina, con un horario fijo y siempre sin variación, con las mismas personas. El moderno sedentario, por el contrario prefiere la certeza de lo familiar. Desarrolla con placer una rutina diaria a lo largo de períodos prolongados de tiempo, evita las interrupciones y se apega a un grupo de colaboradores cercanos con los cuales mantiene relaciones estables a lo largo del tiempo. Tales personas tienden a evitar desplazamientos fuera de su lugar o país de origen, y a angustiarse cuando la necesidad los obliga a hacerlo.

Existe, indudablemente, una interacción entre personalidad y características del trabajo. Las personas nómades buscan trabajos que les permitan desplazarse con la autonomía y flexibilidad que precisan, y quienes ofrecen trabajos que requieren viajar buscan a quienes demuestran poseer esta capacidad de adaptación fácil. Por el contrario, los individuos sedentarios y rutinarios pueden, al verse forzados a trabajar en forma móvil y frecuente, comenzar a tolerar cada vez mejor esos desplazamientos. Eso implica para ellos desarrollar una rutina para viajar, dejando de acusar recibo psicológico de lo variado de sus desplazamientos. "Todos los hoteles son iguales, y me he llegado a sentir en ellos como en mi casa", nos decía un sedentario nomadizado. Viceversa, los nómades tienden a sedentarizarse con el correr de los años, y a comenzar a apreciar la diversidad en situaciones superficialmente muy similares. "No hay un día igual a otro, aunque hago lo mismo a diario", nos dice un nómade sedentarizado.

Existen situaciones en las que el exceso de movilidad tiene, habitualmente consecuencias en la estructura familiar o en el individuo mismo. La tensión en parejas conformadas por un nómade y un sedentario puede ser a veces tan seria como para quebrarlas en forma definitiva. Los hijos de diplomáticos u otro tipo de funcionarios y expertos internacionales relatan, posteriormente, las dificultades sufridas en su niñez en relación a los cambios frecuentes de lugar físico, de sistemas escolares, de grupos de amigos y, a veces, de idiomas. Una cantidad moderada de desplazamientos puede ser muy útil en la niñez o adolescencia para abrir horizontes y ensanchar el campo de experiencias vitales. El exceso de desplazamientos genera una sensación de falta de raíces y dificultades en la consolidación de la propia identidad personal.

Un caso extremo de las consecuencias psicológicas del desplazamiento geográfico, lo representan la migración y el exilio. Estas dos situaciones han sido estudiadas cuidadosamente por dos psicoanalistas argentinos, León y Rebeca Grinberg, que residen desde hace ya tiempo en Barcelona. La añoranza por el terruño y la nostalgia por familiares y amigos son experiencias cotidianas pero intensas para quienes se van. La idealización y la expectativa del retorno del que se fue se retratan bien en la parábola evangélica del Hijo Pródigo. Es importante diferenciar psicológicamente entre la migración voluntaria y el exilio forzado. La primera, por tratarse de un proceso voluntario y de una decisión generalmente libre por parte de un individuo o familia, tiene mayor posibilidad de éxito psicológico que el segundo. Los casos más dramáticos de disrupción de proyectos vitales o de estructuras familiares que nos ha tocado ver se dan en la situación de exilio forzado, en la cual la persona es repentina y muchas veces violenta-

mente desarraigada de su medio ambiente. Tanto la migración como el exilio tienen un impacto psicológico importante: la adaptación total a un nuevo entorno es un fenómeno muy ocasional en la primera generación de emigrados o exiliados. La segunda generación, y especialmente aquellos hijos nacidos en el nuevo país, cuenta con mucha más posibilidad de una adaptación exitosa. La migración, generalmente, se realiza buscando mejores oportunidades, sea en el plano económico o profesional, o en la expectativa de una mayor libertad en el plano religioso o ideológico: los puritanos que emigraron de Inglaterra al Nuevo Mundo, o los desplazamientos masivos antes y durante la Segunda Guerra Mundial, son ejemplos de fugas desde situaciones opresivas hacia tierras más abiertas y situaciones menos persecutorias.

Los emigrados tienden, por períodos prolongados, a mantener las costumbres propias de su tierra natal, y su centro de gravedad en el terruño. Algunos emigrados, por el contrario, intentan adaptarse en la forma más rápida y completa posibles al nuevo país, tratando de evitar la utilización del antiguo idioma, o de mantener contacto con coterráneos. La situación del exilio, como se señaló, es mucho más dramática. El no poder retornar a la tierra natal hace que ésta sea idealizada y que se sientan dolorosas nostalgias en relación al país al que no se puede ya volver. Dicha situación es más poderosa e intensa en la medida que pasa el tiempo y se avanza en edad. La capacidad de nuevo arraigo disminuye con el transcurso de los años: la flexibilidad de los niños en este plano, ya comienza a disminuir en la adolescencia y en los adultos jóvenes, y decrece en forma marcada en la madurez, para llegar a ser casi inexistente en la ancianidad. Recordemos, por ejemplo, como Sigmund Freud resistió mucho el dejar Viena a pesar del creciente peligro que representaba el régimen nazi, y que sólo sobrevivió pocos meses en Londres, cuando finalmente emigró. Dado los hechos anteriores, el costo psicológico del exilio, es extremadamente alto, por lo que resulta muy comprensible que sea una costumbre cruel, sancionada como una seria violación de los derechos humanos en la mayoría de las legislaciones modernas.

Levinson, en sus estudios acerca de la etapa adulta antes mencionados, ha subrayado cómo en la madurez, se afianza la estructura vital definitiva. El trabajo juega un papel central en esta consolidación: la repetición cotidiana de las rutinas laborales, cada vez con mayor expedición y soltura, hace que la identidad personal y laboral se superpongan en buena medida en la mayoría de las personas. Asimismo, los ingresos acumulados en el período de adulto medio, que es el de mayores ingresos para muchas personas, les permiten por una parte terminar de educar a sus hijos-facilitando así el ingreso de estos al mundo adulto en el mejor pie posible- y consolidar una situación económica propia. Esta les permitirá enfrentar la vejez con un mínimo de privaciones. En definitiva, tal estructura vital acompañará al adulto maduro hasta el final de la vida.

La adaptación laboral difiere claramente en ambos sexos. Para el hombre, a lo largo de toda su vida madura, el trabajo tiene preeminencia en relación a otras áreas, incluso a la familia. Tal como enunciáramos en párrafos anteriores, el hombre adulto tiende a colocar su centro de gravedad y a afirmar su identidad en lo que hace laboral-

mente. La mujer, por su parte, tiende a tener una identidad más compleja, en la cual el formar una familia y criar hijos es tanto, y a veces más importante que los logros laborales. El desarrollo laboral femenino muchas veces es mejor en el período de madurez que en la adultez joven. La mujer joven debe dedicar una cantidad importante de tiempo al desarrollo de su familia: la relación de pareja y el cuidado de los hijos ha sido el centro, por períodos muy prolongados, del ciclo vital femenino. La mujer madura se encuentra, en cambio, en mucho mejor disposición para poder dedicarse a su profesión o trabajo. Si los hijos han crecido, cuenta con tiempo libre para centrarse en otros niños, si es profesora, o en tareas en las que hay mayor entrega a la comunidad. Muchas de las mejores profesionales, en nuestra experiencia, en las ciencias humanas y sociales son mujeres de edad madura. La experiencia vital adquirida en el desarrollo de la propia familia, puede ser transferida y aplicada al cuidado de otras familias, grupos sociales, o comunidades. La tranquilidad y estabilidad logradas en el plano personal, permiten centrarse en el trabajo con menor interferencia.

Los hechos recién comentados sobre la madurez deben por supuesto, ser culturalmente matizados. La edad madura es un fenómeno relativamente reciente, y aun propio, sobre todo, de los países desarrollados. La expectativa de vida superior a los 75 años es un fenómeno reciente: en la Grecia Clásica se vivía un promedio de 18 años, y en Roma hasta los 22. Napoleón fue capitán de ejército a los 16 años, y Emperador a los 32. Mozart murió a los 35 años: estos ejemplos ilustran la variedad histórica y sociocultural del concepto de ciclo vital.

En relación al trabajo, también hay una amplia variabilidad: quienes comienzan a trabajar muy temprano en la vida, pueden sentirse también tempranamente agotados. En nuestra experiencia clínica con personas del servicio doméstico, por ejemplo, es frecuente hallar síndromes de neurastenia y agotamiento desde los 35 años en adelante, en mujeres que empezaron a trabajar a los 10 ó 12 años de edad. Algunas personas parecen disponer de una mayor capacidad biológica para trabajar por períodos más prolongados que otras.

En el extremo opuesto del espectro socioeducacional, los médicos tienen una fuerte tendencia a trabajar indefinidamente y con horarios prolongados; se retiran muy tardíamente, o no lo hacen. Algunas estadísticas muestran que sólo el 1,7% de los médicos deja de ejercer totalmente su profesión.

Otro aspecto lo constituye el contraste entre el desempleo forzoso por despidos masivos, y la jubilación temprana, voluntariamente elegida por la persona. La diferencia entre ambas situaciones puede compararse a la de la migración voluntaria y el exilio forzado. La carencia de trabajo, cuando la persona quiere o puede trabajar es mucho más costosa psicológicamente que el no trabajar por voluntad propia.

Típicamente los grupos socioeconómicamente privados se encuentran en la primera situación. La dificultad de encontrar un trabajo aumenta después de cierta edad para todos los grupos sociales. Los trabajadores profesionales que no requieren de fuerza o apariencia física externas, por otra parte, mantienen posibilidades de hallar nuevas

ocupaciones hasta edades bastante avanzadas. El auge del capitalismo y de los estilos de vida burgueses han desplazado la preeminencia que la Edad Media otorgó a la vida monástica y al ocio intelectualmente fecundo, no por una mayor valoración social para quién está realmente inmerso en los acontecimientos políticos y sociales. El Príncipe de Maquiavelo ilustra este cambio de ideales históricos a la altura del Renacimiento. El énfasis en los estilos de vida activos ha ido aumentando cada vez más hasta nuestros días, con diversas consecuencias. Entre las positivas, se encuentra la mayor productividad y los mejores niveles de vida de extensos grupos humanos, así como la ética protestante que enfatiza los frutos del trabajo prolongado y arduo. Entre las consecuencias negativas se hallan las enfermedades producto del estrés prolongado, que hemos mencionado anteriormente. Asimismo, el fomento cultural de los caracteres ávidos de ganancias, denominados por Fromm caracteres acumulativos. Ellos tienen grandes dificultades para gozar de los aspectos simples de la vida, de la naturaleza, y de jugar y relajarse. A ello se debe que el retirarse de la actividad intensiva, así como jubilar, sean particularmente mal tolerados por estas personas, que se han desarrollado y centrado en el trabajo permanente y en la generación de elevados niveles de ingreso. Dejar de trabajar se traduce, en tales casos, en sensaciones de vacío y de futilidad y en pérdida de autoestima.

En resumen, la edad madura es una etapa de la vida en la cual el trabajo es especialmente importante. La mayoría de los cuadros clínicos frecuentes entre los 40 y 65 años se ligan a problemas laborales de una suerte u otra. Tanto los desórdenes de personalidad como los problemas ocasionados por abuso prolongado de sustancias químicas, así como las consecuencias de estrés excesivo, pueden asociarse a los temas antes mencionados. La psiquiatría y la medicina ocupacional, confluyen en la Salud Mental Ocupacional, que se preocupa no sólo del diagnóstico y el tratamiento, sino también de la prevención de los problemas psicológicos que surgen en el mundo del trabajo.

La ancianidad

Ramón Florenzano

Beatriz Zegers

El grupo etario superior a los 65 años está siendo objeto de progresiva atención mientras aumentan las expectativas de vida en la gran mayoría de los países de Occidente. Si bien se ha dicho que la medicina moderna ha agregado *vida a los años y no solamente más años a la vida*, se trata de una afirmación que, desgraciadamente, no siempre se da en la práctica. La vejez, la última etapa del ciclo vital individual, es trascendente debido tanto a las obras del individuo, como a través de su familia. Álvarez-Sala reconoce dos posibles desenlaces en el proceso de envejecimiento, que denomina *vejez-naufragio* y *vejez-esperanza*. En el concepto del ciclo vital de Erik Erikson, que se ha seguido en esta obra,

la vejez corresponde a la octava y última etapa, caracterizada por la búsqueda de la *integridad*, concepto psicológico que para el autor implica el cierre de la *gestalt* o totalidad del propio ciclo vital. En ella, el sujeto puede mirar retrospectivamente y considerar su vida como una totalidad que tiene sentido propio. Como fruto del logro de esta tarea, aparece la sabiduría y la apertura hacia la trascendencia como otros logros, abriéndose por el contrario, la posibilidad de la *desesperanza* como un desenlace de una mala adaptación en este período, cuando predomina la sensación de que no se ha completado el propio ciclo vital como se habría querido. En muchos casos, el sentido de la propia vida es dado por la relación del anciano con su familia, dentro de la cual, el sujeto, en tercera edad, es capaz de desarrollar roles de importancia.

El enfoque anterior se complementa con una perspectiva sistémica que considera la interrelación de los cambios biológicos, psicológicos y sociales a lo largo de su vida. La persona anciana comprueba muy cercanamente, tal como lo hizo el adolescente, un cambio de su corporalidad, caracterizado esta vez, por la disminución de capacidades. Asimismo, varían su personalidad y su capacidad de relacionarse con el medio circundante. Se revisan a continuación algunas de las características de este cambio en los planos biológico y psicológico, y algunas de las psicopatologías más típicas del anciano. Finalmente, comentaremos algunos aspectos de la actitud social frente al anciano, y las posibles intervenciones preventivas orientadas a este grupo etario.

Concepto de envejecimiento

Dentro de la ancianidad hay que distinguir la *tercera edad*, vejez oficial que comienza a los 65 años debido a la legislación sobre la jubilación, siendo una etapa que en general se mantienen intactas las condiciones funcionales y las capacidades de relación y de aprendizaje y lo que se ha llamado *la cuarta edad*, a partir de los 75-80 años, época en que comienzan a plantearse problemas funcionales. Ambas etapas son expresivas de lo que ocurre en el proceso normal de envejecimiento, el cual debe distinguirse de la *senilidad*, caracterizado por una decisiva disminución de las capacidades funcionales, volviendo al anciano dependiente.

Vaillant señala que el concepto de envejecimiento debe considerarse desde tres dimensiones: declinación, cambio y desarrollo. La declinación se refiere a las pérdidas graduales, pero sostenidas que ocurren en nuestras capacidades y funciones, sean éstas perceptivas, de memoria u otros. El envejecimiento también puede ser visto desde la perspectiva de los cambios que ocurren en la personalidad, en la imagen corporal, en los estilos de vinculación. Finalmente, así como los vinos mejoran con los años, hay también aspectos de la personalidad que pueden desarrollarse y madurar, como la paciencia, se incrementa la tolerancia a las paradojas y se aprecia mejor la relatividad de los hechos.

Aspectos biológicos de la senescencia

¿Es la vejez una enfermedad? La diferencia entre el envejecimiento biológico propiamente tal, y el hecho de enfermar, ha sido un tema de controversia a lo largo de los años. Esta controversia se relaciona con la polémica acerca de cuál es la expectativa de vida teórica o máxima a la cual puede llegar el ser humano. La cifra, que se cita habitualmente (90 a 100 años), ha surgido tanto de estudios de zoología comparada como de cálculos realizados, eliminando las principales causas de mortalidad prevenibles en la ancianidad. Con respecto a los primeros estudios, en muchas especies animales la relación entre el período de crecimiento y la duración total de la vida, es de uno a cinco. Si el desarrollo humano toma alrededor de 20 años, la expectativa de vida, en nuestra especie llegaría a cien. Asimismo, se ha calculado que al vencer las principales causas de muerte actuales, la expectativa actual de vida (68 a 75 años) pudiera prolongarse en 18 a 25 años más.

El decaimiento normal del sistema nervioso central, que morfológicamente se caracteriza por una lenta disminución del peso cerebral, y por la progresiva aparición en la neuroglía de las así llamadas degeneración neurofibrilar y placas seniles, llevan a una serie de fenómenos neuropsicológicos, tales como: disminución de la capacidad perceptiva y de la discriminación sensorial (pérdida de la agudeza visual y auditiva, así como la sensibilidad olfatoria y táctil), disminución de las capacidades motoras con una gradual lentitud de la marcha, pérdida de destrezas motoras finas, de la velocidad de los reflejos, etcétera.

La capacidad de memoria también disminuye, sobre todo respecto a la fijación de hechos nuevos.

Sin embargo, la capacidad de evocación de sucesos antiguos no disminuye en igual medida. De ahí la tendencia del anciano a retrotraerse a períodos bastante anteriores de su vida o de la historia. La disminución de la capacidad intelectual del anciano es un punto discutible: si bien, al parecer, disminuye la creatividad en el sentido de producción de elementos nuevos u originales, es claro que muchas personas de edad han podido producir obras literarias, musicales o de otra índole de gran envergadura. La disminución del coeficiente intelectual, calculado por los tests clásicos, va en aumento desde los 40 años en adelante; si bien se ha llegado a establecer que mientras las funciones cognitivas relacionadas con la inteligencia fluida disminuyen con los años, aquéllas relacionadas con la inteligencia cristalizada, no sólo no disminuyen sino que aumentan, como ocurre por ejemplo con el vocabulario. Este fenómeno no tiene una traducción conductual externa en muchos casos, en los que se da el así llamado *fenómeno de la conservación de la fachada*.

El estudio longitudinal de Berlín, recientemente terminado, mostró que después de los 70 años casi todos los sujetos habían sufrido al menos una enfermedad importante y muchos más habían tenido más de cinco; después de los 95 años, el 50% de los estudiados sufría de demencia, aun cuando se estableció que la demencia no es una consecuencia inevitable de la longevidad; observándose que la mayoría de los deterioros

mentales antes de los 80 años reflejan una enfermedad y no corresponden a un proceso normal de desarrollo.

Cabe comentar en relación con la pregunta antes formulada, que hay que distinguir la perspectiva médica de la que puede adoptar el anciano frente a los problemas de salud, ya que con frecuencia los médicos consideran enfermos a muchos ancianos, pero interrogados éstos últimos sobre el particular, se descubre que ellos no se perciben a sí mismos como enfermos, aunque sufran de una patología crónica. Para comprender este fenómeno, particular significación adquieren los postulados de la teoría cognitiva del envejecimiento formulada por Thomae que plantea que: *la percepción de los cambios, más que los cambios objetivos, se relaciona con los cambios de comportamiento*; esto es, sólo si el cambio es percibido afectará al comportamiento, el cual adoptará el mismo sentido del cambio percibido. Lo anterior, puede tener importancia cuando se trabaja con ancianos, toda vez que un paciente que no se siente enfermo es menos probable que siga las indicaciones terapéuticas y médicas que se le formulan. Un segundo postulado afirma que: *todo cambio en la situación del individuo es percibido y evaluado en términos de las preocupaciones y expectativas dominantes del individuo*; dicho de otra manera, la actitud hacia el propio envejecimiento está determinada por la percepción social que existe del envejecimiento; de esta forma si éste es visto como hostil, eleva la posibilidad de que la adaptación sea dificultosa. Finalmente, el tercer postulado establece que la adaptación al envejecimiento es un balance entre las *estructuras cognitivas y motivaciones del individuo*; de este postulado se puede desprender que la adaptación al envejecimiento será posible si la situación vital en la que se encuentra el anciano se percibe como coincidente con sus inquietudes y preocupaciones; quien se siente tranquilo y satisfecho, podrá disfrutar de una vejez apacible, pero quien es activo y no encuentra en qué ocuparse, tendrá dificultades para aceptar esta etapa de la vida.

Otro plano en el cual se traduce el decaimiento normal del funcionamiento neurobiológico es en la personalidad del sujeto, en el cual se advierte una tendencia a una rigidización de los rasgos de carácter que desarrolló anteriormente en su vida adulta. Se da, asimismo, un aumento de la tendencia a preocuparse de sí mismo (egocentrismo), lo que se acentúa cuando las condiciones de vida son desfavorables y surge también una actitud conservadora y tradicionalista en general (neofobia).

Para finalizar, conviene destacar que cuando se ve a la ancianidad como sinónimo de incapacidad o enfermedad, se está transmitiendo una actitud fatalista de desánimo, de temor, de apatía y resignación que frena la iniciativa e incrementa las posibilidades de deterioro. Tampoco se considera que a cada edad de la vida le corresponden un conjunto de deberes y derechos y también tareas y fortalezas que previenen el empobrecimiento del medio afectivo e intelectual. Hay ancianos que ven en cada dolor, en cada signo de decadencia o limitación física, un atropello, un asalto, una humillación y una pérdida intolerable. Pero también los hay, que logran adoptar un punto de vista más positivo existiendo una diferencia entre la preocupación por el cuerpo envejecido y la trascendencia del cuerpo. Se trata de una diferencia importante dado que, en el primer caso el

anciano se enfrenta al envejecimiento físico como un enemigo, mientras que en el segundo, se puede llegar a algún tipo de entendimiento. Ante las mismas pérdidas, un pesimista se verá a sí mismo como medio muerto e incapaz de nada, un optimista sentirá que se encuentra en envidiables condiciones y capaz de todo y un realista estará consciente de la pérdida de sus capacidades, pero sabrá lo que es capaz de hacer con las que todavía conserva.

Psicología de la ancianidad

Si se entiende por desarrollo el conjunto de cambios y transformaciones que se producen en el sistema del comportamiento en el continuo temporal de la vida individual y que estos cambios pueden ocurrir en cualquier sentido (progresivo o regresivo, adquisición o pérdida), no cabe duda que en este período ocurren cambios. Existen ciertas características que con justa razón pueden considerarse como características de una edad avanzada; sin embargo, uno de los mayores problemas que plantea el estudio de la vejez desde la perspectiva psicológica, es la excesiva tendencia a la generalización y/o universalización de los fenómenos que se observan en ciertos sectores del grupo de ancianos.

Los geróntólogos no cesan de advertir que los ancianos difieren enormemente unos de otros. Se diferencian según edad, sexo, temperamento, carácter, grupo étnico y clase social a la que pertenecen, nivel educacional y recursos, historia personal y el pedazo de la historia colectiva que les ha tocado vivir.

A medida que aumentan los años vividos mayores son las diferencias individuales y mayor importancia adquiere la historia vital personal para dar cuenta de estas diferencias. Es así que existen mayores diferencias individuales entre dos ancianos que entre dos recién nacidos.

Las características psicológicas de la ancianidad, miradas desde un punto de vista evolutivo corresponden, tal como en la adolescencia, a una adaptación, al cambio biológico y social. En el primer plano, la disminución de las capacidades recién descritas, llevan a la persona a readaptar su funcionamiento psicológico, y a enfrentar la pérdida de destrezas y capacidades que hasta ahora sentían como propias.

En el plano social, se produce un aumento en la cantidad de tiempo libre disponible, siendo necesario darle un significado a las actividades que en él se realizan; así también se produce una disminución de los recursos económicos necesarios para la subsistencia, debido a la jubilación, cuando no se han hecho las previsiones necesarias.

Un común denominador del predicamento psicológico del anciano, entonces, es tener que adaptarse a las separaciones y pérdidas, reales y objetivas y también fantaseadas. Un caso especial de esta readaptación es la relación de pareja, en la cual hay frecuentemente una disminución, por lo menos moderada, de la actividad sexual. Tal descenso no es tan importante como se ha considerado generalmente. Incluso en un tiempo se pensó que el anciano no tenía actividad sexual.

La situación se agrava, sin embargo, en forma importante al producirse la viudez. Ésta es la separación o pérdida más difícil que puede experimentar el anciano. Se ha visto en numerosos estudios epidemiológicos que la mortalidad de los viudos en el primer año consecutivo a la muerte de la pareja es mucho más alta que la del grupo de edad correspondiente que no ha enviudado. La adaptación a la viudez, por lo tanto, es uno de los desafíos más difíciles que se enfrentan en la vejez.

Otro de los comunes denominadores de este período es la dependencia de los hijos. Se ha dicho que el ciclo vital puede ser descrito como un período inicial en que el hombre es hijo de sus padres. Éste es seguido por uno intermedio (el de adulto maduro) en el cual se es padre de sus padres. Finalmente, en la ancianidad se pasa a ser hijo de los hijos. Este cambio es difícil tanto para los ancianos como para sus familiares.

El enfrentamiento de la enfermedad y la cercanía de la propia muerte es otra vivencia psicológica central del período. La muerte de amigos, parientes y otras personas de la misma generación con los que se ha atravesado la vida en conjunto, es un hecho que golpea con alguna frecuencia a todo anciano. Cuando a ello se agrega alguna enfermedad crónica u otras dificultades de salud en ellos mismos, la vivencia de tener los días contados, se hace más apremiante. Por otro lado, la aparición de la capacidad de sabiduría y la orientación hacia lo trascendente que ha descrito Erikson hace que un número importante de ancianos sea capaz de enfrentar este acercamiento en forma tranquila y sin un exceso de emociones displacenteras.

La soledad es otra temática importante a la cual conviene referirse. Los ancianos frecuentemente se distancian de su familia, aunque habiten en el mismo hogar. Las generaciones jóvenes viven a un ritmo rápido, apremiados por la necesidad de asegurar la supervivencia tanto de ellos como de las generaciones que mantienen (hijos y ancianos). Ello se traduce en que las personas mayores, incluso estando en el mismo hogar, se sientan frecuentemente solas. Esta vivencia se incrementa en aquéllos que se hallan separados del resto de la familia y mucho más, en los viudos o en las personas que carecen de pareja. La soledad del anciano es quizá una de las situaciones que deben enfrentarse más activamente en los programas preventivos para este grupo de edad. La citada soledad es, a veces obligada, otras buscada: cuando la rigidez de la personalidad y la tendencia egocéntrica antes mencionadas, se acentúan con los años, el anciano busca aislarse.

Se ha dicho que sabio es aquél quien sabe el final y lo acepta, lo que no quiere decir que se alegre, sino que implica una disposición cada vez más sincera a aceptar lo que tiene que suceder. Por ende, el poder adquirir sabiduría con respecto al sentido de la propia vida, desapego en relación a las tendencias y necesidades que son más apremiantes en períodos previos, hace que muchos ancianos tengan en la vejez, un grado de tranquilidad que les permite aceptar el paso de los años y la cercanía de la muerte. Al mismo tiempo, dichos ancianos pueden mirar en forma más optimista su futuro a través de las creencias en una vida en el más allá, así como a través del crecimiento y desarrollo de la familia o de las obras, materiales o espirituales, en las cuales han participado. El poder mirar hacia atrás y ver una vida plena de realizaciones, otorga un grado importante

de satisfacción y que se expresa en la vivencia de misión cumplida. Ello es lo que Álvarez-Sala ha llamado *Vejez-Esperanza*. Su contrapartida, la *Vejez-Naufragio*, representa la desesperanza eriksoniana, que aparece cuando este cierre no se consigue, la que se asocia a uno de los fenómenos más frecuentes, en términos de cuadros clínicos, en esta etapa: la depresión.

Problemas psicológicos comunes y mecanismos defensivos presentes en el envejecimiento

Algunos de los problemas típicos que se enfrentan en este período han sido divididos por Myers en problemas de autoestima y pérdidas. Entre los últimos, se destacan:

— *Enfrentar la jubilación*. Ironías del lenguaje, jubilación viene de júbilo, que es un sentimiento de viva alegría, ya que para muchos la nueva situación no ayuda precisamente a disfrutar de esa alegría. En efecto, para muchos representa un cambio importante en la autoimagen. Ello es particularmente cierto en aquellas personas que han estado centradas en el trabajo la mayor parte de su vida adulta. Hay gran variabilidad en el grado de preparación para abandonar el trabajo. Alguien, por ejemplo, que ha trabajado para una empresa donde la gran mayoría de la gente jubila a los 65 años, aceptará retirarse en forma mucho más fácil que otra persona cuya empresa quiebra. Cuando se abandona voluntariamente el trabajo ayuda a que la persona piense que mantiene las decisiones bajo su propio control, a diferencia de aquél que es despedido, lo que muy típicamente provoca fuertes sentimientos de impotencia y una disminución de la propia autoestima. Para el hombre, en particular, el trabajar y ganar dinero contribuye a la sensación de importancia, poder, y mejora la imagen de sí mismo. Al jubilar, pasa a sentirse pasivo, insignificante, y a veces, envidioso de aquéllos que siguen trabajando.

— *Enfrentar el propio deterioro físico y mental*. Aquellas personas que experimentan problemas de salud o que comienzan a perder sus capacidades en el plano cognitivo, también experimentan dificultades en la mantención de su autoestima. El reconocimiento de las dificultades de memoria y concentración en los estadios tempranos de la enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, hace que muchos pacientes reaccionen con actitudes de negación de sus déficits, y con un mayor grado de irritabilidad hacia las personas, sean médicos o parientes, que tratan de que acepten sus limitaciones en este plano. Dichos pacientes tienden a luchar activamente para sentir que se controlan a sí mismos. Lo anterior permite comprender porqué, muchas veces, no deseen usar los medicamentos psicoactivos que se indican, para ayudarlos a disminuir algunos de los síntomas depresivos que presentan.

En otro plano, la necesidad de usar audífonos o anteojos bifocales, o la incapacidad para continuar manejando automóviles, son percibidos por algunos como ofensas a la propia autoestima. En aquellas personas que han sido físicamente activas durante su vida adulta, las limitaciones funcionales que trae una artrosis, por ejemplo, pueden también ser sentidas como limitaciones.

Pollock ha dicho que una de las funciones de la psicoterapia con pacientes de edad es ayudarlos a aceptar las limitaciones físicas y psicológicas que conlleva el proceso de envejecimiento, hacer el duelo por los aspectos que se van perdiendo, y reforzando una autoestima que tiende a deteriorarse.

– *Enfrentar pérdidas objetales.* Entre las pérdidas que típicamente se enfrentan en este período etario, mencionaremos el *síndrome de nido vacío* en su segunda versión. Tal como en la segunda mitad de la vida adulta se ha descrito un síndrome de nido vacío que alude a la situación de la mujer cuyos hijos dejan el hogar, este síndrome se repite en forma más acusada cuando muere uno de los miembros de la pareja marital. El sentido de pérdida y vacío que deja la viudez, es una de las dimensiones más dolorosas de la ancianidad. Tal como en algunos de los ejemplos anteriores, la pérdida del cónyuge es muy difícil de manejar y elaborar si resulta inesperada. Cuando existe una enfermedad crónica y el cónyuge sobreviviente ha tenido tiempo para prepararse para la muerte de su pareja, es más fácil enfrentar ese momento que cuando la muerte acaece en forma repentina y no anunciada. La manera como un viudo o una viuda se las arregla para sobrevivir, está determinada, en forma importante, por las capacidades que desarrollaron en períodos anteriores de la vida. Cuando se ha aprendido a desenvolverse en forma autónoma e independiente, la pérdida es mejor tolerada que cuando se ha sido totalmente dependiente de su compañero. Los estudios realizados en este ámbito muestran que en general, para el hombre es más difícil adaptarse a la viudez que para la mujer, lo que en parte se manifiesta en el hecho de que éste se casa con mayor frecuencia.

– *Pérdida de amigos o de familiares.* Una de las características típicas de este período de la vida es que los seres queridos con los que se recorrió ésta, comienzan a desaparecer. La muerte de los padres, parientes, amigos e incluso muchas veces, los hijos, es una realidad cada vez más cercana, al mismo tiempo que recuerda al anciano el hecho de su propia mortalidad. Cabe enfatizar que si bien toda pérdida conlleva duelos que requieren ser elaborados y que traen consigo desvinculaciones transitorias, se espera que la persona pueda, una vez superados, restablecer sus relaciones o establecer nuevas, debiendo señalarse que la depresión no es inherente al proceso de envejecimiento. Sin embargo, las pérdidas repentinas o traumáticas, por una razón u otra, no sin cierta frecuencia desembocan en reacciones de duelo anormal o patológico.

Uno de los hechos que hace más difícil aceptar las pérdidas en la ancianidad es que resulta también más problemático que antes el hacerse de nuevas amistades, ya sea por motivos objetivos o emocionales. A muchos ancianos les resulta desagradable pasar por las etapas de abrirse y darse a conocer, temiendo exponerse a rechazos o incomodidades. Por otro lado, son frecuentes los temores que surgen en relación a la muerte de personas cercanas, motivados éstos por dinámicas de dependencia; es así como muchas veces el anciano teme que no quede nadie cerca de él para que lo ayude en los momentos de la propia enfermedad, por lo que prefiere mantenerse aislado y desvinculado.

– *Aceptación de la cercanía de la muerte personal.* Además del impacto que trae consigo la muerte de personas cercanas, la vivencia de la proximidad de la propia muerte puede relacionarse con enfermedades serias, que a veces colocan al anciano al borde de la propia muerte, enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad terminal o el reconocimiento del deterioro lento, pero claro, de la propia salud.

La idea de la muerte propia es representada de modos diferentes por diversas personalidades. En algunas, se pueden traducir en fantasías de venganza por los propios impulsos agresivos, o en la rendición total a una fuerza o poder abrumador, o en ideas claustrofóbicas de ser encerrado o enterrado. Otras personas ven la muerte como la pérdida final de poder y control sobre sí mismos y sobre los demás. Esta situación se da en forma más clara en quienes han sufrido o tienen que enfrentar situaciones de cirugías mutiladoras de un tipo u otro.

Es ésta pues, una época en que las exigencias adaptativas se exacerban. El yo debe luchar y mantener un óptimo equilibrio entre las presiones y tensiones internas y las externas. Adaptarse a los cambios corporales, a las pérdidas de lo que hasta ahora había constituido su mundo relacional. Si bien resulta difícil generalizar, los modos de defensa más propios del envejecimiento, esto es, las formas a través de las cuales el yo se protege de manera no consciente de la angustia, sea que ésta se origine en causas internas o externas, serían la *regresión*, el *aislamiento* y la *negación*.

A través de la regresión se pueden activar formas de adaptación que en el pasado resultaron efectivas. Es así que a partir del empleo de este mecanismo, un anciano puede aceptar volverse dependiente de alguien frente a limitaciones reales que surjan de una enfermedad. Al aceptar la dependencia podrá establecer una relación más tranquila y apacible con quienes se hagan cargo de él, al tiempo que puede continuar siendo independiente en otras áreas. Sin embargo, cuando la regresión se activa, existiendo conflictos no resueltos, el estado regresivo puede resultar inaceptable ya sea para el anciano, como para las personas que se encuentran próximas a él.

El aislamiento por su parte, permite hablar y enfrentar situaciones y afectos que de otro modo la persona no podría tolerar. Tal vez no sería posible sostener conversaciones acerca de la muerte y las enfermedades sin un cierto grado de aislamiento, las que mientras no se vuelvan en obsesiones morbosas, suelen ser beneficiosas. Dado que el aislamiento no se encuentra dentro del control voluntario, puede extenderse a muchos aspectos de la vida, lo cual puede ser percibido por amigos y familiares como un frío distanciamiento que dificulta que la persona de edad pueda mantener relaciones estrechas, generando un círculo vicioso de represalias y nuevos distanciamientos.

La negación también en algunos casos puede ser una defensa frente al envejecimiento. La resignación que muchos muestran frente a signos más o menos evidentes de deterioro físico, constituye una evidencia del uso del aislamiento y la negación. Cuando la negación es selectiva es posible admitir ciertos recuerdos, mientras otros no o también hace posible escuchar y ver lo que se quiere.

Psicopatología de la ancianidad

La pregunta acerca de cuán frecuentes son los trastornos psiquiátricos en la vejez, comienza a ser respondida por diferentes estudios epidemiológicos en este grupo de edad. La distribución relativa de dichos trastornos se subdivide en alrededor de la mitad del grupo (un 9% de la población envejecida), que presenta desórdenes neuróticos, especialmente depresivos; un grupo de pacientes con síndromes psicoorgánicos (deterioros o demencias), y que corresponden al 5,6% de la población de más de 65 años; otro que tiene cuadros caracterológicos crónicos (3,6%) que corresponden a desórdenes de personalidad. Éstos últimos generalmente vienen de antes, pero se agudizan con el correr del tiempo y finalmente el alcoholismo y abuso de otros fármacos (2% de los ancianos), que corresponde a veces a la mantención de problemas previos.

La *depresión* es una de las alteraciones características de la ancianidad. Su etiología se liga frecuentemente a muchos de los factores psicológicos antes descritos: muchas veces son consecuencia de separaciones o pérdidas (sobre todo a la de la viudez), a la disminución de la interacción social cercana, y a la sensación de soledad progresiva que es consecutiva a las pérdidas recién mencionadas. En la medida que desaparecen los seres queridos del ámbito cercano del anciano, éste se siente cada vez más aislado y solo. Finalmente, el enfermar y la cercanía de la propia muerte también son un factor que puede producir depresión en la persona de edad.

Los dos síntomas psiquiátricos más frecuentemente hallados en el anciano son la pérdida de la memoria y la depresión. Dichos síntomas se relacionan con los dos diagnósticos también más frecuentes: los cuadros demenciales y los depresivos. Diferentes estudios epidemiológicos recientes han llegado a conclusiones interesantes respecto a estos cuadros. Ellos parecen tener características diferentes: mientras que las demencias degenerativas primarias (DDP) de tipo Alzheimer, se comportan como enfermedades crónicas progresivas de etiología biológica con una relación directa con el proceso de envejecimiento, los cuadros depresivos que empiezan en la vejez, no apoyan ni una base biológica, ni una etiología ligada al proceso de envejecer.

El proceso de separar lo normal de lo patológico en el anciano es complejo. Distinguir un estado de ánimo depresivo de una enfermedad depresiva mayor, o una falla cognitiva de una demencia degenerativa primaria no es una tarea fácil, ya que en ninguno de ambos desórdenes existen signos típicos, ni exámenes de laboratorio *pre-mortem* adecuados. En psiquiatría, se ha tendido cada vez más a utilizar criterios clasificatorios operacionales, que definan la enfermedad de acuerdo a normas objetivas que pueden ser detectadas incluso por observadores entrenados que no sean especialistas. La definición operacional del DSM-IV, el actual sistema clasificatorio americano, el diagnóstico de *demencia degenerativa primaria* es determinada por una combinación de historia clínica, hallazgos de examen mental, examen neurológico, y tests neuropsicológicos. Para hacer este diagnóstico, deben existir déficits, por lo menos, en dos áreas de funcionamiento (por ejemplo, memoria y lenguaje) con un empeoramiento progresi-

vo de la memoria, pero sin alteración de la conciencia. Dichos criterios incluyen además, un deterioro progresivo de funciones cognitivas específicas (tales como lenguaje, destrezas motoras y percepción).

¿Cuán frecuentes son los cuadros depresivos en los sujetos de edad? Si bien la experiencia clínica muestra que la tendencia a preocuparse, así como los sentimientos de tristeza, pesimismo, inutilidad, fatiga y dificultades para dormir son frecuentes en los ancianos, estudios recientes en la población general, no han avalado la afirmación de que las depresiones aumentan con la edad. En un estudio de Eaton y Kessler en una muestra de 2.867 personas, en todos los Estados Unidos, que recibió la escala de depresión del Instituto Nacional de Salud Mental (CES-D), no hubo diferencias en los puntajes altos para depresión en los diversos grupos de edad. En un estudio similar en el condado de Los Ángeles, Frerichs y cols. encontraron que la mayor frecuencia de depresión aparecía entre los jóvenes (28,7%) en comparación a las personas de sobre 65 años (16,7%). Aún más, los cuadros depresivos mayores propiamente tales, son menos frecuentes en las poblaciones ancianas que en otros grupos. Blazer y cols., en un estudio en Carolina del Norte, hallaron que sólo el 1% del grupo sobre 65 años, tenía una depresión mayor, un 2% una distimia depresiva, y un 4% un cuadro que parecía corresponder a un desorden de adaptación con ánimo depresivo.

Por otra parte, existe clara evidencia de que tanto el comienzo como el curso clínico de los cuadros depresivos depende de factores psicosociales. Pfeiffer y Murrell estudiaron, en 1986, 1.223 pacientes de más de 55 años de edad, encontrando que los factores asociados a los casos con mayores puntajes para depresión, fueron la mala salud física, la menor cantidad de apoyos sociales y las pérdidas vitales. En otro estudio, Linn y cols. descubrieron que aquellos sujetos de edad con mayor sintomatología depresiva tenían mayor cantidad de disputas interpersonales y pérdidas de familiares o amigos.

Es bastante claro que tanto la pérdida de memoria como los síntomas depresivos, llevan a un mayor uso de servicios médicos y psiquiátricos. En una muestra de pacientes de edad, que acudían a servicios médicos ambulatorios, se encontró que el 24% de los casos presentaron síntomas depresivos, y que un 10% satisfacían criterios para desorden depresivo mayor.

La depresión, en geriatría, tiene una amplia gama de manifestaciones clínicas. En general los pacientes ancianos tienden a mostrar, especialmente, sus sentimientos de ansiedad, sus problemas de memoria y sus quejas somáticas. Éstas últimas aparecen en más del 60% de los pacientes ambulatorios geriátricos depresivos.

Kielholz acuñó el término depresión enmascarada para describir aquellas depresiones con sintomatología somática o cognitiva prominentes, y con menos síntomas pertenecientes a la esfera del ánimo. Para éste y otros autores, la depresión enmascarada es tanto o más frecuente que la forma abierta. Se ha estimado que del 10 al 18% de los que consultan a un médico por cualquier razón tienen un cuadro depresivo, y que la mitad de estos casos se halla con una depresión enmascarada. En muchos casos éstos no son reconocidos por el médico, y se mantienen sin tratamiento por períodos prolongados.

La relación entre cuadros depresivos y las demencias es clara en cuanto a que ambos desórdenes se asocian, y es compleja en cuanto a decidir qué cuadro es primario. Por una parte, la depresión es un síntoma frecuente en pacientes con desórdenes neurológicos: aproximadamente un 20 a 30% de los pacientes con cuadros demenciales satisficían, además, los criterios para depresión mayor, un porcentaje mucho mayor que el presentado por la población general. La situación inversa es también cierta: los pacientes depresivos, frecuentemente, presentan disfunciones cognitivas: déficits de memoria, atención, conceptualización y lentitud en el proceso del pensar.

En algunos casos estos déficits son tan evidentes que satisfacen los criterios para la demencia. Dicha disfunción cognitiva parece ser un signo primario de la depresión, más que el resultado de alteraciones del estado de ánimo. Las anomalías morfológicas descritas en la depresión geriátrica son semejantes a las de pacientes demenciados. Estas así llamadas *pseudodemencias depresivas*, son importantes de diagnosticar, dado que al tratar la depresión los síntomas de disfunción cognitiva disminuyen o desaparecen.

Otra asociación frecuente en la práctica, es entre depresión y problemas médicos: alrededor de la mitad de los sujetos ancianos depresivos, que viven en la comunidad, tiene una enfermedad médica o están utilizando medicamentos de algún tipo. En muchos casos dicha enfermedad contribuye al desarrollo de la depresión, así como lo pueden hacer las drogas usadas. Es interesante destacar que cuando se asocia la depresión a un problema médico, el pronóstico de la primera es peor que cuando se presenta sola.

Estudios europeos han mostrado que los sujetos ancianos con depresión, tienen una mayor mortalidad que sus grupos controles. Esta mayor mortalidad se ha asociado a una función linfocitaria deprimida, que también aparece, en general, cuando hay pérdida de un tipo u otro.

En resumen, los pacientes geriátricos que se deprimen deberían tener una evaluación médica especialmente cuidadosa, así como aquéllos que presentan déficits cognitivos debieran ser analizados desde el punto de vista psiquiátrico, para evaluar la presencia de síntomas depresivos. Las depresiones enmascaradas son cuadros que, al diagnosticarse, tienen un buen rendimiento terapéutico. Finalmente, los cuadros neurológicos y especialmente demenciales, deben ser evaluados desde el punto de vista psiquiátrico ya que los síntomas depresivos o delirantes pueden hacer variar el curso clínico y el pronóstico del desorden primario.

El diagnóstico precoz y tratamiento oportunos, son especialmente importantes en los pacientes geriátricos por dos razones: primero, los episodios no diagnosticados pueden cursar muy fácilmente hacia la cronicidad; segundo, la asociación entre depresión y enfermedades médicas se relaciona con una mayor morbilidad y mortalidad.

Las *demencias* constituyen cuadros muy propios de esta edad, de frecuencia sólo superada por las depresiones. Han sido definidas como una pérdida de funciones intelectuales de suficiente severidad como para interferir en el funcionamiento social o laboral normal de las personas. Se caracterizan por alteraciones de la memoria, sobre todo de

fijación, así como alteraciones del pensamiento abstracto. En general, los cuadros demenciales se dan sin una alteración marcada de conciencia.

Etiológicamente, existe en general la evidencia o presunción de un factor orgánico específico. Cuando hay una etiología demostrable se habla de demencia secundaria.

La *pseudodemencia depresiva* es un cuadro tratable. Generalmente es de curso corto, con un inicio más o menos preciso, que puede asociarse a alguna circunstancia extrema, relativa a factores vitales precisables. La familia muchas veces se da cuenta de que después de un cambio externo, aparece un deterioro de funciones mentales del anciano, con una progresión rápida de la demencia. El paciente mismo, a veces tiene una conciencia positiva y clara de la pérdida de sus funciones cognitivas, especialmente después de una circunstancia biográfica que tuvo una clara significación emocional. Es importante el diagnóstico adecuado de estos cuadros, ya que la respuesta al tratamiento farmacológico apropiado suele ser espectacular.

Las demencias por drogas ocurren al utilizar alguna sustancia química, cuyos efectos colaterales son la alteración de las capacidades cognitivas del sujeto. Entre estas sustancias se pueden mencionar medicamentos antihipertensivos tales como la metildopa, la reserpina, la clonidina, así como paradójicamente los tricíclicos que se usan en el tratamiento de las depresiones.

Finalmente, mencionemos entre las demencias de etiología conocida, la secundaria a la enfermedad de Parkinson, que es progresiva y con una intensidad proporcional a la severidad del desorden de movimiento. Muchas veces este cuadro disminuye con tratamientos del problema general del enfermo.

Las demencias primarias son enfermedades degenerativas del sistema nervioso, cuya etiología muchas veces es desconocida. Existe hoy un gran interés en la investigación acerca de estos cuadros que, en la medida que aumenta la expectativa de la vida de las poblaciones, se hacen más frecuentes. Dos de las formas más típicas son las demencias multi-infartos y la degenerativa primaria, o enfermedad de Alzheimer. Menos frecuentes son las enfermedades de Jacob-Kreutzfeld, de Huntington y las secundarias al SIDA.

La enfermedad de Jacob-Kreutzfeld corresponde a un cuadro de comienzo brusco con deterioro mental, pérdida de peso y alteraciones del sueño, que evoluciona rápidamente hacia la muerte. Otra demencia de tipo semejante que está apareciendo es la que forma parte del cuadro clínico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En la medida que la epidemia de esta enfermedad se difunda, se verán cada vez más estos cuadros.

La demencia degenerativa primaria de tipo Alzheimer corresponde a las antiguamente llamadas demencia senil y constituye el 40 a 60% de las demencias primarias. No existen diferencias neuropatológicas ni clínicas entre las formas pre-seniles y seniles. Es más frecuente entre las mujeres que en los hombres, y progresa en forma lenta hacia la muerte. Como mencionamos antes, esta enfermedad y sus posibles etiologías y tratamientos son objeto de intensos esfuerzos de investigación en la actualidad.

Sociedad, familia y ancianidad

Los problemas del anciano deben insertarse en el contexto social donde vive, y en las actitudes culturales respecto a la ancianidad. Existe hoy una desvalorización social de los viejos, tal como se idealiza a los jóvenes. Dicha actitud social derogatoria se liga al aumento de familias nucleares pequeñas y a la disminución de la familia tradicional extendida, sobre todo, en los núcleos urbanos de clase media en proceso de modernización. Las sociedades industriales y postindustriales, con su foco en la productividad y la movilidad social, han hecho que el viejo sea visto como un trabajador de segunda clase, al no tener una fuerza física comparable a la de los adultos jóvenes. El anciano es habitualmente retirado de la fuerza de trabajo, y colocado en una situación de inactividad que, muchas veces, le perjudica, tanto física como económicamente. El aumento del conocimiento científico, que se transmite por textos y otros medios ha hecho que el uso de la sabiduría y experiencia de la ancianidad, que se transmitía habitualmente en forma personal, por tradición oral, sea menos importante que antes.

Todo esto hace que la sociedad se plantee el costo que los ancianos acarreen más que los posibles aportes que ellos pudieran hacer, en el plano personal, familiar y social. La familia comparte muchas veces esta actitud social, al no tener espacio físico para los viejos en casas cada vez más pequeñas. La vida con el anciano inserto en el núcleo familiar es visualizada negativamente. En los últimos años, sin embargo, se ha renovado el interés por la participación de los ancianos; en la casa representa un factor de estabilización en la formación de la estructura psíquica de los niños. Esta reciente revalorización de la “abuelidad”, es un hecho positivo.

Otra área de preocupación social es el uso elevado que los ancianos hacen de los sistemas de salud, aumentando los costos de éstos (aumento en el uso de medicamentos y procedimientos de laboratorio).

Un elemento final, que debe considerarse, es el uso del tiempo libre por el anciano: si no existe un planeamiento social de dicho tiempo, ellos seguirán siendo vistos más como una “carga” que como un aporte para el rodaje armónico de la sociedad.

Intervenciones de salud mental en la ancianidad

El proceso de reinserción del anciano, debe hacerse tanto en la familia como en la sociedad. Ya dijimos que el abuelo tiene un rol importante dentro de la familia: muchas veces su participación en el cuidado de los nietos representa un alivio para la generación intermedia, sobrecargada por tener que labrar y mantener la calidad de vida familiar. El tiempo libre que tiene el anciano pudiera ser, pues, una importante contribución a la economía psíquica de la familia.

Desde el punto de vista de servicios de salud, el anciano muchas veces requiere de intervenciones breves de apoyo y un uso muy cauto de medicamentos. Lo último se relaciona tanto con el costo del uso de múltiples drogas, como con las reacciones adversas

y la menor tolerancia de los ancianos a los fármacos dentro de los cambios biológicos antes descritos. Los cuidados domiciliarios del anciano representan una alternativa a la asistencia de éste a centros hospitalarios complejos.

La reinserción social del anciano debe también hacerse fomentando una actitud positiva de él hacia su medio ambiente. Existen, para ello, diferentes alternativas: centros abiertos diurnos, talleres protegidos, clubes para la tercera edad. Los anteriores son sólo ejemplos de múltiples iniciativas tendientes a reincorporar al anciano en forma importante dentro de su red social.

El rol activo del anciano en su propia vida, es otro elemento que debe tomarse en cuenta tanto en el planeamiento del cuidado de la salud del mencionado anciano. El anciano autovalente, reinserto dentro de la familia y la sociedad es un ideal asequible en la medida en que los sistemas sociales sean más humanos. El autocuidado de la salud del anciano, así como la ayuda de éste a otros que se hallen en situaciones más difíciles o que tengan más edad que él son elementos también cruciales. El que el anciano sea el agente de su propio destino, es un concepto a promover en el planeamiento de servicios para los viejos.

Algunos de los objetivos de estos servicios de salud se pueden resumir así:

- Atenuación del deterioro físico, que si bien es inevitable, puede ser lento y paulatino.
- Prevención de enfermedades crónicas: el uso excesivo de alcohol, tabaco o fármacos de diferente índole, pueden prevenir la aparición de algunas alteraciones cardíacas, pulmonares o neuropsiquiátricas.
- Cambios de estilo de vida pasivos y aislados a otros con mayor actividad y reinserción familiar y social.
- Prolongación de la autosuficiencia del anciano, que lleve a un aumento de su calidad de vida, considerando que la vivencia de la temporalidad es muy diferente a la del adulto. El fomento de la interacción con otros y la preservación de un medio físico, al cual el anciano esté habituado, pudiera llevar también a la mantención de la autovalencia.

Todos los hechos anteriores hacen que la terapia de pacientes ancianos, tenga algunas características diferentes a otras experiencias psicoterapéuticas. Una de ellas es el hecho de que el terapeuta de ancianos tiene un rol doble, de objeto de proyecciones transferenciales, pero al mismo tiempo de sujeto real en la vida del paciente. Algunos pacientes ancianos tienden a ver a sus terapeutas como a sus hijos o como a nuevas figuras parentales.

Al revés, los terapeutas no preparados para atender ancianos tienden a ver en ellos a sus padres o abuelos y, típicamente, por ejemplo, niegan que puedan tener necesidades en el plano sexual. Asimismo, las terapias con enfermos terminales pueden reavivar los temores del propio terapeuta frente a la enfermedad o a la muerte, sus dificultades para enfrentar problemas de tipo orgánico, y también al propio envejecimiento. Es por eso cada vez más necesario que todo terapeuta en formación tenga experiencias supervisadas tratando a pacientes ancianos.

La muerte

Ramón Florenzano

Beatriz Zegers

Para concluir el tema del ciclo vital, es fundamental referirse a la muerte, ya que ella forma parte integral de la vida. La muerte no sólo le pone término al ciclo, sino que está presente a lo largo de toda la vida, de un modo u otro. Desde la niñez temprana, estamos conscientes de que hay que morir. Esta presencia constante de la muerte es aún más clara en el caso de los profesionales de la salud, quienes, además, están en permanente contacto con la muerte.

Existe abundante literatura sobre la muerte. Históricamente, ésta fue de carácter religioso y filosófico, y sólo recientemente se ha incorporado a las ciencias psicológicas y sociales. El psicoanálisis freudiano partió considerando la preocupación por la muerte sólo como una manifestación de angustias de separación o de castración, pero luego la elevó a la categoría de instinto independiente (el tanático) que sería el principio explicativo central de la comprensión freudiana del conflicto psíquico, como expresión de la lucha entre la vida y la muerte (Eros y Thanatos).

Actitudes hacia la muerte

El concepto de muerte en el niño muestra una progresiva evolución de acuerdo a las etapas del desarrollo cognitivo descritas por Piaget. La revisión realizada por Pupkin (1996) analiza esta secuencia identificando cuatro parámetros: irreversibilidad, universalidad, cesación de funciones y causalidad.

Desde el punto de vista de la irreversibilidad, los niños pequeños ven a la muerte como un fenómeno temporal, reversible y la consideran como un estadio o etapa de la vida, lo que se explica en parte, por las creencias animistas propias de la comprensión causal de los preescolares y por otra, porque aún no han establecido categorías diferenciales entre la vida y la muerte, tampoco han adquirido el concepto de *para siempre*. La muerte es para los niños de esta edad, una continuación de la vida, análoga al sueño y por ende, se puede despertar de ella; es como un viaje del que se puede regresar, una partida, una separación. Las personas no desaparecen simplemente, sino que deben estar viviendo en otro lugar o se encuentran lejos porque *se han ido a vivir a un cementerio*. También la analogan al estar enfermo.

En un segundo momento, la comprensión de la muerte se vincula a la cesación de funciones. El niño continúa describiéndola a partir de la vida, aunque se reduce el nivel de actividad o vitalidad. Una persona muerta *está menos viva*, no posee todas las capacidades humanas o éstas muestran un nivel menor de funcionamiento. Es así que los niños refieren que los muertos *escuchan y ven peor, no están tan hambrientos como si estuvieran vivos*; un niño de cinco años le decía a su madre *te disparé un poquito para que corras más despacio*. Progresivamente comprenderán que con la muerte cesan las

funciones más básicas observables: comer, hablar, moverse; luego se darán cuenta de que no pueden respirar, ni escuchar ni crecer, aun cuando continúan pensando que éstos sueñan.

Más tarde la muerte para el niño es un fenómeno que le ocurre a otros, pero no es algo que le puede pasar a él o a otros significativos, lo que se explica en parte por su egocentrismo y omnipotencia. Cree que algunas personas no van a morir simplemente porque el no desea que se mueran. La falta de reversibilidad de su pensamiento le impide aplicar a sí mismo experiencias con la muerte.

Antes de que los niños puedan entender la muerte como un fenómeno universal e inevitable, creen que hay ciertas acciones que se pueden realizar para evitarla, es así como se la puede evitar siendo inteligente, teniendo suerte, siendo cuidadosos al atravesar la calle. Los niños creen que los muertos se hacen pequeños; su causalidad mágica hace que se sientan responsables de sus fantasías, pudiendo interpretar la muerte de otros como resultado de éstas. Así podrá interpretar la muerte de un familiar como el deseo de aquél de castigarlo porque él estaba enojado. Progresivamente sus explicaciones comenzarán a incorporar elementos y causales más realistas y específicas, como: violencia, desastres o accidentes.

La muerte puede ser algo que los atormenta mucho, dadas las concepciones antes analizadas, así la vida en la tumba puede ser poco grata; los muertos pueden estar aburridos, están solos, les gustaría salir, pero el ataúd está cerrado con llave, etcétera.

Como se dijo, las preocupaciones del niño se centran más que en el propio morir, en la muerte de la madre, con el consecuente temor de ser abandonado. Este temor a la separación parece ser mayor en aquellos niños que efectivamente han sido abandonados por períodos prolongados en sus primeros años de vida.

En el período de latencia, el niño típicamente tiene la primera noción –intelectual algunos, vivencial otros– de su propia mortalidad. Ésta es frecuentemente manejada por los padres con la promesa de la otra vida, en la cual el niño se reúne definitivamente con sus padres. El apoyo de las diferentes religiones a esta promesa, es importante en la adherencia de muchas personas a ellas.

En el período edípico, surge también la noción de la muerte como castigo ente conductas de las cuales el niño se siente culpable. Es aquí donde vale la interpretación freudiana de la muerte como angustia de castración: *“Has hecho tal maldad, y como castigo te cortan, una parte de tu cuerpo, o aun peor, vas a morir...”* En tal época también se siembran las semillas de las conductas contrafóbicas hacia la muerte: la valentía y el tomar riegos físicos a veces excesivos. Esta actitud desafiante, tiene su período de mayor auge en la adolescencia y en la juventud, cuando la muerte se niega o se ve especialmente lejana. Recordemos el caso de los pilotos suicidas japoneses en la Segunda Guerra Mundial, que no podían tener más de 20 años de edad.

En el período adulto la preocupación por la muerte reaparece pero con un sentido familiar: temor a que desaparezcan la mujer o los hijos o bien al futuro, en caso de la propia muerte. Éste es el período en que, frecuentemente, se dan muertes altruistas, en

el caso de los padres que arriesgan su vida por sus hijos o por otros. Esta experiencia es frecuente en situaciones de combate, y constituye una motivación central en los hombres de armas: la capacidad de ofrendar la propia vida en aras de la patria. Para muchos, esta muerte altruista se liga al querer preservar un modo de vida, más que la propia vida.

En la ancianidad, la muerte se hace cada vez más familiar. Los amigos y parientes van muriendo, y por ello se piensa frecuentemente en ella. Aún algunos la esperan con cierta premura, sea por padecer de una enfermedad dolorosa, cansancio, o simplemente por aburrimiento.

A lo largo de la vida existe, siempre, la tentación de la muerte, sea por períodos muy breves o en forma prolongada en las preocupaciones suicidas. Dicha tentación es enfrentada por las religiones de diversos modos: o bien planteando que hay otra vida después de la muerte y ofreciendo un castigo para quienes se suicidan, o bien señalando que esta vida es un tránsito (el “Valle de Lágrimas” de la tradición cristiana), y que por lo tanto, es necesario aceptar sus dolores y tribulaciones.

Una de las preocupaciones centrales de las religiones es proporcionar sentido a la muerte. Las creencias individuales están determinadas por las de la familia y enseñadas en la escuela, así como por la cultura. La muerte es, también, un tema central para muchos filósofos. Por ejemplo, Montaigne, afirmó “*estudiar filosofía es aprender a morir*”.

El deseo de trascender la muerte es universal en aquellas culturas centradas en la persona; lo es en menor escala en aquéllas que se centran más en la sociedad o la colectividad que en el individuo. Para muchos esta trascendencia se busca en los propios hijos: biológicamente, somos inmortales a través de ellos.

Otros lo hacen por medio de sus obras: se puede ser inmortal a través de los libros escritos, de descubrimientos o de otras acciones que sean conservadas en la misma cultura.

Otro efecto psicológico de la muerte es hacer que la persona quiera “cerrar” y así dar significado a la vida a través de completar sus empresas. Los objetivos personales tiene un límite cronológico dado por la noción de finitud. Hay quienes desean juntar una herencia para dar a sus hijos, quienes ansían completar una obra literaria, una industria o empresa agrícola, etc. En tal sentido, la muerte provee a la vida con un marco, e impide que ésta pierda sentido por falta de límites.

Una de las características del desarrollo sano en la vejez es aquella sabiduría que permite aceptar el fin de la vida: se siente que se ha completado un ciclo y cumplido una tarea, y que las generaciones jóvenes están a cargo del mundo. Se siente, también, que el mundo ha dejado de ser un lugar familiar: hay nuevos rostros en la prensa, nuevas costumbres, vestimentas y tecnologías, y los familiares y amigos con quienes se recorrió la vida, han muerto. Existe, a veces, un rechazo y distancia hacia lo nuevo, y añoranza por lo que se fue. Cuando esta actitud mental se une a convicciones religiosas acendradas, es comprensible desear la muerte.

La mayoría de los ancianos, sin embargo, se apegan a la vida. Este apego, que puede verse en forma dramática en los episodios de campos de concentración, o en

enfermos graves, suele ser mayor en quienes sienten que no han vivido su vida, sea por circunstancias externas o por limitaciones neuróticas. Los que saben que van a morir por padecer una enfermedad grave, en general se resignan a ello.

El temor a la muerte

El tema es difícil porque lo habitual, en conversaciones sociales, es suprimirlo. Es común la dificultad de aceptar aun la idea de la propia muerte. Todos tendemos a no reconocer el hecho objetivo de que algún día pereceremos. Esta supresión hace que la muerte, como hecho objetivo sea habitualmente camuflada: los cementerios se colocan lejos de los centros poblados, a los niños muchas veces se les oculta la muerte de parientes cercanos, y se utilizan diferentes eufemismos o giros del lenguaje para aludir a la muerte.

Tal supresión social existe, también, en el caso de los profesionales de salud, que tienden muchas veces a no aceptar el hecho de que, en sus hospitales, la gente frecuentemente muere. La negación social de la muerte hace que ésta ya no se inserte en el quehacer cotidiano hospitalario: los depósitos de cadáveres se colocan también en lugares subterráneos o alejados, y muchas veces se tiende a no mencionar aquellos casos que han fallecido. Nuevamente se usan eufemismos o términos cripticos (“óbito”, “*exitus letalis*”, etc.). Esta actitud cuasi-fóbica de los profesionales de salud se ha relacionado con una negación y atribución de poderes omnipotentes sobre la muerte. Se toma así la metáfora de la lucha en contra de la enfermedad como un hecho objetivo, y se experimenta la muerte del paciente como una derrota o humillación personal.

Los fenómenos recién descritos se han explicado, a través de un hecho conocido en nuestra estructuración psíquica: para el inconsciente no existe la muerte. Una de las características de la temporalidad de los modos primitivos de pensar, es que, como seres vivientes, no tenemos ni principio ni fin. Los últimos conceptos son aceptados por el así llamado “Proceso Secundario”, que representa uno de los modos más evolucionados del pensamiento. Pero los niños, los pueblos primitivos y todos nosotros en los estratos profundos de nuestra psiquis, no aceptamos el hecho objetivo de que debemos morir.

Otro corolario de la noción inconsciente de la inmortalidad, es que la muerte tiende a ser vista como un agresor interno y se tiende, por lo tanto, a proyectar hacia fuera las culpas y las causas del deceso de las personas cercanas, amigos o familiares que fallecen. La representación medieval de la muerte como un fantasma encapuchado grafica dicha creencia. Este hecho hace difícil asumir la responsabilidad personal por mantenerse vivo. La evidencia actual, aludida en numerosas oportunidades a lo largo de este libro, demuestra que muchas de las causas de muerte frecuentes, hoy día, son auto-infligidas. La mayoría de las enfermedades crónicas resultan de estilos de vida y conductas que la propia persona ha llevado a lo largo de los años, tales como sedentarismo, consumo de alcohol o tabaco, dietas inapropiadas, exceso de estrés crónico, etc. La

dificultad en las actividades educativas y de promoción de salud está en que tendemos a negar la muerte y a proyectar la causa de ésta en agentes externos que aparecen como inevitables.

La psiquiatra austriaca Elizabeth Kubler-Ross es quizás la autora que en forma más sistemática y profunda, ha explorado tanto las reacciones psicológicas frente a la muerte como las actitudes de profesionales y familiares frente a la enfermedad crónica y la muerte de pacientes y parientes, respectivamente. En su libro al respecto describe una sucesión psíquica de etapas de reacción a la muerte que son, hoy día, ampliamente aceptadas. A saber:

1. Primera etapa: Negación
2. Segunda etapa: Enojo
3. Tercera etapa: Negociación
4. Cuarta etapa: Depresión
5. Quinta etapa: Aceptación

Negación. Típicamente, la persona que recibe la noticia de que tiene una enfermedad fatal y que sus días están contados, responde con sorpresa e incredulidad. Expresiones del tipo “¡No puede ser!” son frecuentes, así como la reacción psicológica de negación. En ella la persona rechaza consciente o inconscientemente la información objetiva recibida, y comienza a actuar como si nada sucediera. A veces se supone que los exámenes que revelan, por ejemplo, la presencia de una leucemia son un error de laboratorio, o corresponden a otra persona. En otras oportunidades, se duda del médico que ha hecho el diagnóstico y se piden segundas opiniones, o bien se decide ir a otros centros médicos, incluso en el exterior.

Algunas de las conductas ligadas con dicha etapa de negación son adaptativas. Puede ser útil para el paciente no aceptar de buenas a primeras un pronóstico reservado y buscar otras opciones. El hecho de mantener una actitud de “aquí no ha pasado nada” permite también enfrentar situaciones personales, familiares o laborales pendientes.

Sin embargo, la negación llevada a un extremo hace que la persona se sienta omnipotente y a veces curada, sin estarlo. Esto puede llevarla a mantener niveles de actividad excesivos o que se alimente en forma inadecuada o a que no acepte tratamientos que pueden ser drásticos pero potencialmente salvadores.

En múltiples ocasiones nos han llamado a ver pacientes que no aceptan tomar sus medicamentos, o que rehúsan someterse a una intervención quirúrgica indispensable. Entonces el médico debe tratar de aceptar que el paciente pasa por una fase de negación con su contrapartida interpersonal, que es el aislamiento. En éste la persona deja de estar abierta a la información u opiniones de familiares o profesionales, y se cierra en sí mismo, tratando de elaborar internamente el impacto de la noticia. En la mayoría de los casos, se sale de esta fase más o menos rápidamente, y sólo una minoría de pacientes se aferra a una posición de negación patológica de la realidad.

Enojo. En esta etapa la persona reconoce la existencia de la amenaza o inminencia de la muerte, pero externaliza dicha reacción atribuyendo la culpa de lo que acontece a otros. Típicamente se molesta con familiares y otras personas cercanas, pensando que no reconoció inicialmente la seriedad de la situación, éste es visto como el responsable de la progresión o irrecuperabilidad de la enfermedad.

En dicha etapa el paciente pasa a ser “difícil de manejar” desde el punto de vista de los profesionales. Puede tornarse exigente o rebelde para tomar sus medicamentos o seguir las recomendaciones médicas.

Las enfermeras confirman que el paciente no acepta los horarios rutinarios de la sala, o que discute los procedimientos de laboratorio o terapéuticos de modo a veces poco razonable.

El paciente, a su vez, se siente en una situación injusta y mira con rabia y a veces envidia a los familiares y amigos que prosiguen su vida habitual. Los rasgos de personalidad se exacerban, y los pacientes obsesivos, por ejemplo, tratan de mantenerse cada vez más en control de la situación, leen sobre su enfermedad en libros de texto, y a veces piden acceso a su historial clínico. Los pacientes paranoideos agudizan su desconfianza, atribuyen sus síntomas a efectos colaterales de los medicamentos que están recibiendo, y amenazan a veces a sus médicos con demandarlos judicialmente si las cosas no andan bien.

Los anteriores son ejemplos extremos. En la mayoría de los casos, esta fase de enojo y rebeldía es transitoria, y la persona pasa a la tercera etapa, denominada por Kubler-Ross de *negociación*.

Negociación. En esta etapa la persona cambia de táctica, y en vez de pelear con Dios o con el destino, recriminándoles la injusticia que implica haberlo escogido a él para morir, entra a regatear una extensión, o sea un período de mayor sobrevivencia. Típicamente se toma la actitud de “*si sobrevivo por un año, o por un mes, prometo comportarme bien, o contribuir a tal obra de caridad*”.

Muchas veces la persona coloca una fecha límite de significación biográfica: el matrimonio de un hijo o la finalización de una empresa, o una obra artística o literaria. La persona a veces no confía esto a su médico, sino a un sacerdote o amigo cercano. En dicha etapa, la persona se puede recuperar en forma impresionante para quienes conocen su real estado de salud. Hemos visto a pacientes con cánceres terminales concurrir a situaciones importantes para ellos aparentando normalidad, para desplomarse de dolor después del evento en cuestión.

Esta etapa es de breve duración, y no se dan necesariamente en todos los casos. La fase siguiente es mucho más frecuente: la denominada *depresión*.

Depresión. En ella la persona acusa el impacto emocional de la realidad de la cercanía de su muerte, ante la cual ahora se rinde. Muchas veces la depresión aparece cuando los mecanismos anteriores, de negación, de externalización o de postergación ya

no se pueden mantener más. La persona presenta una incapacidad funcional más y más marcada, o debe sufrir cirugía mutiladora, que puede desfigurarla en forma evidente.

Las pérdidas físicas parciales pueden acarrear sentimientos depresivos intensos a veces. En otras oportunidades, la situación familiar o financiera de la familia pasa a ser negativamente afectada por la enfermedad. Si la madre es la enferma, su hospitalización prolongada trastoca las rutinas hogareñas o el cuidado de los hijos.

Si lo es el padre, la pérdida de ingresos hace que sea necesario vender posesiones apreciadas. El costo de los tratamientos es, a veces alto, y la persona puede ver cómo los ahorros de una vida se consumen rápidamente. Hay pues, numerosas razones para experimentar depresiones reactivas en una situación como ésta. Además de estas causas objetivas, existe la así llamada "*Depresión anticipatoria*", que corresponde al duelo por adelantado en relación a la propia muerte. Ambos tipos de depresión se confunden y hace que la persona entre en un período de desánimo, desinterés y pérdida de las ganas de seguir luchando. Aparecen en esta fase muchos de los signos clínicos de los cuadros depresivos, acompañados a veces por franca ideación suicida. Uno de los factores de riesgo alto para completar un suicidio es el tener un diagnóstico de enfermedad fatal, o de recaída de un cuadro crónico severo y doloroso.

Muchas personas llegan y se quedan en dicha etapa. Una de las principales razones para consultar al especialista de salud mental en enfermos terminales son por lo tanto, formas crónicas o arrastradas de depresión. Tales consultas deben ser aprovechadas para intentar revisar con el paciente el proceso evolutivo descrito hasta ahora, evitando la sola prescripción de antidepresivos.

Muchas veces, una intervención psicoterapéutica en tales momentos, puede producir un profundo alivio, al permitirle a la persona abrirse en relación a sus temores, preocupaciones y sensación de estar librando una batalla perdida.

Sea a través de una intervención profesional, sea porque la propia persona evoluciona espontáneamente a ella, la fase siguiente —la última en la secuencia descrita por Kubler-Ross— es la *aceptación*.

Aceptación. En esta etapa el desenlace fatal en corto o mediano plazo se toma ya no como una derrota temida, sino como algo inevitable y quizá necesario. La persona es capaz de mirar lo que viene con mayor tranquilidad, y de hacer planes realistas para su familia. Quienes tienen convicciones religiosas acendradas, miran la muerte ya cercana como un tránsito, y se preparan para éste lo mejor posible. Quienes carecen de ellas, pueden mirar el momento como el fin de su ciclo vital personal, pero como parte de otro más amplio, sea el de su familia, sea el de la historia o de la naturaleza. La tónica emocional —en cualquier caso— es de paz y aceptación de lo que sobrevendrá. Se considera la muerte como un destino inevitable y desaparecen las respuestas emocionales anteriores de enojo, rabia o negación.

Para quienes rodean a la persona en esta etapa, puede ser difícil entender su desapego y ensimismamiento. Al aceptar la muerte, surge un desinterés por personas o

situaciones muy queridas. El paciente gusta entonces de hallarse solo o en contacto con la naturaleza, o en los entornos donde pasó buena parte de su vida. Cuando está hospitalizado, muchas veces pide el alta para retornar a su hogar.

Para los profesionales que lo cuidan, surge aquí, típicamente cierto desconcierto frente a esta resignación del paciente a su destino. La actitud puede representar o una verdadera aceptación, o un querer dejar de luchar. La petición de alta, entonces, es a veces denegada, y la resignación vista como un fatalismo innecesario. Es importante distinguir, entonces, entre el paciente que no quiere luchar cuando tiene buenas posibilidades de sobrevida, o el que no quiere prolongar la espera de lo inevitable.

En el último caso, aún en dicha etapa se mantiene cierta esperanza. La posibilidad de la recuperación, basada en la aparición de una nueva droga o en una cura milagrosa, en nuestra experiencia, se mantiene en la mayoría de los casos. Siegel ha descrito cómo esta actitud se halla en la base de muchos casos de personas que han experimentado recuperaciones dramáticas, muchas veces no entendibles para la ciencia médica.

El paciente moribundo

Ya dijimos que una parte importante de la vida de los médicos, se desarrolla alrededor del tema de la muerte. El enfrentar la muerte de los propios pacientes, y el comunicar esta certeza a ellos y a sus familiares es una situación difícil para muchos médicos. Algunos tienen sus propios conflictos con el tema: ésta es una motivación frecuente para seleccionar carreras de la salud, y, por lo tanto, tienden sobreproteger a sus pacientes y evitan confrontarlos con un diagnóstico fatal.

El comunicarle o no al paciente que va a morir, es una decisión compleja en la cual no caben reglas generales. La mayoría de los pacientes graves, envían mensajes más o menos explícitos con respecto a su necesidad de saber qué les acontece. En nuestra experiencia, cuando los pacientes no quieren saber lo que sucede aún cuando se les comunique la verdad, siguen defendiéndose activamente de acusar recibo del mensaje médico.

En todo caso el error más frecuente es el opuesto: el no contar la verdad a un paciente que necesita saberla. Muchas veces se da una colusión entre el médico y sus familiares, que impide que el moribundo tome decisiones importantes, aclare situaciones pendientes, y cierre su ciclo vital sin experimentar conscientemente sus últimos días. Dicha actitud crea, asimismo, una atmósfera de secreto y desconfianza entre el enfermo moribundo y sus familiares.

Lo anterior se liga al hecho de que la muerte es un proceso natural, y hay que saber aceptarlo como tal. El otro tema vinculado a este concepto, es la eutanasia y la prolongación artificial de la vida, lo que en la actualidad es tecnológicamente factible.

Reacciones de la familia ante la enfermedad grave y la muerte

La enfermedad terminal de mal pronóstico, provoca también una respuesta emocional intensa en los familiares del afectado: es importante tomar dichas respuestas muy en cuenta. El saber que un marido va a morir, por ejemplo, hace que su cónyuge se enfrente a la perspectiva de cambios radicales, no sólo por la pérdida de su pareja, a veces de muchos años, sino por tener que enfrentar ahora la vida sola.

Si el marido ha sido la principal fuente de sustento para la familia, su muerte cercana suele implicar cambios en el nivel de vida, venta de bienes, o la necesidad de comenzar a trabajar para subsistir. Cuando se mantiene una situación económica consolidada, la viuda deberá hacerse cargo de la administración de ésta, y a veces enfrenta a esas alturas situaciones complejas. Lo anterior explica porqué, muchas veces la reacción de la mujer sea de resentimiento o aún de enojo. Se siente dejada sola y abandonada por su marido, con una carga que la parece a veces pesada en exceso. Puede asimismo resentir la escasa ayuda del resto de la familia, y pensar que los hijos o los médicos, no están conscientes de lo que a ella se le viene encima.

Cuando es la cónyuge la que enferma, el marido puede experimentar sentimientos encontrados. Si ella trabajaba, su aporte desaparece. Si estaba en el hogar, desaparecerá el apoyo emocional y la “infraestructura logística” que ella representa. Lo anterior puede parecer una descripción fría y mecanicista, pero si bien al relación de pareja tienen un componente afectivo central, también implica un apoyo mutuo, en el cual muchas veces el hombre puede desarrollar actividades externas importantes porque “cuenta” con su mujer apoyándolo con la crianza de los hijos, la organización de su casa y otras tareas inaparentes pero no por eso menos importantes. Al enfermar ella, este equilibrio se desploma y se producen reacciones emocionales similares a las antes descritas.

El resto de la familia a veces no acepta las necesidades del marido o su cónyuge. En dichas situaciones, él agradece sobremedida una tarde en la que una tía se hace cargo de los niños, o bien para ella, es importante que un hermano mayor se siente a ayudar a analizar la situación financiera de su familia.

Otro tema complejo, habitualmente, es el de la comunicación de la familia con el enfermo terminal. Para todos es difícil hablar naturalmente del tema de la muerte de uno de sus miembros y, típicamente, se tiende a evitar mencionar éste frente al afectado directo. Es sorprendente a veces ver cómo miembros de una pareja que han compartido todo por treinta o cuarenta años, no mencionan frente al otro la información de que uno de ellos tiene una enfermedad fatal. Este ocultamiento de hechos a veces obvios – adelgazamiento, desfiguramiento físico, etc. – introduce un elemento de insinceridad o engaño en los últimos días de la vida del marido o de la mujer. Ello se liga a la presencia de emociones, a veces intensas en la situación. Una de ellas es la culpa: el sentirse responsable de no haber presionado para acudir antes al médico, o el haber omitido consultar otra opinión después del diagnóstico benigno del primer facultativo, siguen agobiando –en nuestra experiencia– a muchos viudos o viudas después de la muerte de su pareja.

Tal como el paciente pasa por una serie de fases antes de aceptar su situación, lo mismo le sucede a la familia. Después de una negación inicial (*"Esto no puede estarle sucediendo a mi marido, padre, etc."*), se pasa a una de rebelión, en la cual se consultan otros especialistas, se planean o realizan viajes al exterior a centros médicos de fama mundial, y aún, a veces, se cae en manos de curanderos o charlatanes. Esta rebeldía suele mezclarse con enojo, ya sea con el médico que no hizo el diagnóstico a tiempo, con el personal del hospital o la clínica que no permite visitas. O con ellos mismos, como ya dijimos, por no haber presionado más diligentemente al paciente a consultar.

La expresión abierta de reacciones emocionales es útil tanto en las etapas anteriores como en las siguientes, de depresión o pena anticipada por la muerte que se avecina. Típicamente, las así llamadas reacciones de *"duelo patológico"* aparecen posteriormente en aquellos familiares que evitaron demostrar sus emociones mientras su ser querido aún vivía. La fase de duelo anticipado es difícil en especial para personas con caracteres poco demostrativos. La que sigue lo es —a la inversa— para quienes se han apegado mucho al moribundo. Cuando éste acepta su partida inminente, suele aislarse y se aleja emocionalmente de quienes le rodean. Este aparente desinterés es difícil de tolerar para algunos y es importante señalarles que tiene un sentido implícito de preparación para la jornada que pronto se emprende.

En todas las situaciones recién descritas puede ser muy útil la ayuda de amigos, sacerdotes y profesionales. El facilitar la comunicación entre familiares, el ayudar con quehaceres domésticos o cuidado de niños pequeños, o la simple compañía en este difícil período son extremadamente necesarios.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury A, Knobel M. La Adolescencia Normal. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- Alamos MT *et al.* Investigación de la Evolución Psicológica durante la Edad Juvenil de Jóvenes Chilenos. Memoria de Tesis, Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile, 1981.
- Alexopoulos GS, Young RC, Mattis S. Late onset Depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11:101-15.
- Álvarez-Sala Moris JL. En torno al eterno problema vital de la vejez. (Sobre la vejez-naufrajo y la vejez-esperanza. El individuo, la familia y la sociedad en la vida y evolución del viejo). Mimeografiado, Madrid, 1982.
- Avenidaño A, Valenzuela C, Almonte C. Características de Algunas Conductas Sexuales en Escolares Adolescentes. *Pediatría (Santiago)* 1977; 1: 51-59.
- Bandura A. Social Learning Theory. N. J. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1977.
- Bandura A. The stormy decade: fact or fiction? En: Rogers D. *Issues in adolescent psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1972.
- Berwart H, Zegers B. Psicología del Adolescente. Santiago, Chile: Eds. Nueva Universidad, Colección Teleduc, 1980.

- Berwart H, Zegers B. Psicología del escolar. Santiago, Chile: Ediciones Nueva Universidad, Colección Teleduc, 1980.
- Blazer D *et al.* The Epidemiology of Depression in an Elderly Community Population. *Gerontologist* 1987; 27: 281-87.
- Blos P. On Adolescence. Nueva York: Free Press, 1962.
- Borson S *et al.* Symptoms Depression in Medical Outpatients. *J Am Geriatric Soc* 1986; 34:341-47.
- Bronfenbrenner U. Two Worlds of Childhood: USA and URSS. New York: Pocket Books, 1973.
- Colaruso CA, Nemiroff RA. Adult Development. New York: Plenum Publishing Co., 1981.
- Coles R, Erikson E. The Growth of his Work. Boston: Little Brown, 1970.
- Condemarin M, Chadwick M, Milicic N. Madurez Escolar. Santiago, Chile: Andrés Bello, 1986.
- Covarrubias P, Muñoz M, Reyes C. En búsqueda de la familia chilena. Santiago, Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile, 1986.
- Cruz C, Vargas FL. Stress. Santiago, Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile, 1999.
- Cuber JF, Harroff PB. The significant Americans. A study of sexual behavior among the affluent. New York: Appleton Century Croft, 1965.
- Dicks H. Marital Tensions. Nueva York: Basic Books, 1967.
- Diener E. Assessing subjective well-being. Progress and opportunities. *Social Indicators Research* 1994; 31: 103-57.
- Eaton WW, Kessler JH. Rates of symptoms of depression in a national sample. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 528-38.
- Erikson E. Identidad, Juventud, y Crisis. Buenos Aires: Paidós, 1968.
- Erikson E. Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Hormé, 1983.
- Florenzano R, Carrasco E y Pérez V. Farmacodependencias juveniles en Chile. 2^{da} ed. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile, 1999.
- Florenzano R. Autocuidado y atención primaria de salud: Un enfoque bio-psico-social. *Revista EPA* (Centro de Diagnóstico Universidad Católica) 1987; 3(5): 7-12.
- Florenzano R. El adolescente y sus conductas de riesgo. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 1998.
- Florenzano R. El Concepto de Ciclo Vital en Erik Erikson. Documento CEAP N° 12, Facultad de Medicina Universidad de Chile. Santiago, Chile, 1982.
- Florenzano R. Factores psicosociales, estilos de vida y problemas de salud del adulto. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 1989; 27: 17-28.
- Frerichs RR *et al.* Prevalence of depression in Los Angeles County. *Am J Epidemiol* 1981; 113: 691-99.
- Freud A. El Yo y los Mecanismos de Defensa. Buenos Aires: Paidós, 1965.
- Freud S. Mourning and melancholia. Vol XVII. Londres: Hogarth Press, 1917.
- Fromm E. Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. Buenos Aires: Hormé, 1967.
- Gessell A. Los niños de 1 a 5 años. Buenos Aires: Paidós, 1965.
- Gilligan C. In a different voice. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1982.
- Grinberg L, Grinberg R. Psicoanálisis de la Migración y del Exilio. Buenos Aires: Hormé, 1984.
- Gyarmati G. Sociología de las Profesiones. Santiago, Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile, 1987.
- Hall GS. Adolescence. New York: Appleton, 1916.
- Hatfield E, Walster E. A new look at love. Reading, Addison Wesley, 1978.

- Hendricks I. Work and the Pleasure Principle. *Psychoan Quaterly* 1943; 12:311-29.
- Herzlich C. Health and illness. London: Academic Press, 1973.
- Jacoby RJ *et al.* Quantitative Computer Tomography in elderly depressed patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143:124-27.
- Jacques E. Death and the Midlife Crisis. *International J Psychoanalysis* 1965; 46: 602-15.
- Jessor R, Jessor SL. Problem Behavior and Psychosocial Development: A longitudinal Study of Youth. Nueva York: Academic Press, 1977.
- Kernberg O. Mature Love: Prerequisites and Characteristics. *J Am Psychoan Assoc* 1974; 22: 746-56.
- Kernberg O. Object Relations and Clinical Psychoanalysis. Nueva York: Jason Aronson, 1977.
- Kielholz O. Masked Depression: An International Symposium. Berne, Switzerland: Hans Huber, 1973.
- Kohlberg L, Turiel E. Recent research in moral development. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973.
- Kohlberg L. Stages in the development of moral thought and action. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Kubler-Ross E. On Death and Dying. New York: Mac Millan, 1967.
- Levinson D, Darrow C, Klein E, McKee B. The Seasons of a Man's Life. Nueva York: Knopf, 1978.
- Lifton RJ. Death in life: Survivors of Hiroshima. New York: Basic Books, 1983.
- Lifton RJ. The nazi doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide. New York: Basic Books, 1986.
- Linn MS *et al.* Symptoms of Depression in Recent Life Events in the Community of the Elderly. *J Clin Psychol* 1980; 36:675-82.
- Mahler M, Pine F, Bergman A. The Psychological Birth of the Human Infant. New York: Basic Books, 1975.
- Mahler M. EL nacimiento psicológico del infante humano. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Marcia J. Identity in Adolescence. En: Adelson J. Handbook of Adolescent Psychology. Nueva York: John Wiley & Sons, 1980
- Mead M. Coming of age in Samoa. Londres: Penguin, 1970.
- Musgrove F. Intergenerational attitudes. *Br J Social Clin Psychol* 1963; 2:209-23.
- Musso S, Burrows R. El Adolescente Chileno: Características, problemas y soluciones. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1986.
- Muus R. Theories of adolescence. 6th ed. New York: McGraw-Hill, 1996.
- Myers WA. Psychotherapy and the elderly patient. *APA Review of Psychiatry* 1990; 9: 210-19.
- Neugarten B. Personality and aging. En: Birren JE, Schaie KW. Handbook of the psychology of aging. New York: Harper & Row, 1977.
- Neugarten B. Time, age and the life cycle. *Am J Psychiatr* 1979; 136: 887-94.
- Notman M. Adult live cycles: changing roles and changing hormones. En: Parsons JG. The Psychobiology of sex differences and sex roles. New York: McGraw-Hill, 1980.
- Papalia D, Wendkos S. Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill, 1985.
- Peña y Lillo S. Amor y Sexualidad. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1985.
- Pfeiffer JF, Murell SA. Etiologic Factors in the Onset of Depressive symptoms in Older Adults. *J Abnormal Psychology* 1986; 95: 282-91.
- Piaget J. El nacimiento de la inteligencia en el niño. Madrid: Editorial Aguilar, 1969.
- Piaget J, Inhelder B. Psicología del Niño. Madrid: Morata, 1976.
- Pittman F. Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Barcelona: Paidós Ibérica, 1987.

- Pollock G. The mourning-liberation process: ideas on the inner life of the older adult. En: *Treating the elderly with psychotherapy*. Madison, C.T.: International Universities Press, 1987.
- Pollok G. Mourning and adaptation. *Int J Psychol An* 1971; 42: 341-61.
- Pupkin C. Desarrollo del concepto de muerte en el niño pre-escolar y su comportamiento frente a ella. Discusión de estrategias educativas y técnicas de intervención. Memoria para optar al título de psicólogo. Universidad Gabriela Mistral, 1996.
- Reifler BV, Larson, Teri L *et al*. Dementia of the Alzheimer's Type and Depression. *J Am Geriatric Soc* 1986; 34:855-59.
- Remplein H. *Tratado de Psicología Evolutiva*. Barcelona: Editorial Labor, 1971.
- Rosselot J. La Salud del Adolescente y del Joven en América Latina y el Caribe. *Boletín Organización Panamericana de la Salud* 1977; 83(4).
- Runyan WM. *Psychology and Historical Interpretation*. New York: Oxford University Press, 1988.
- Schell R, Hall E. *Development Psychology Today*. Random House, 2000.
- Siegel B. *Love, Medicine, and Miracles*. Nueva York: Harper and Row, 1980.
- Spitz R. *El primer año de vida en el niño*. Madrid: Editorial Aguilar, 1961.
- Swenson SH, Eskew RW, Kolheff KW. Stages of family life cycle, ego development and the marriage relationship. *J Marriage and the Family* 1981; 43: 841-53.
- Tellings A. Psychoanalytical and Genetic - Structuralist Approaches of moral development: incompatible views? *Psychoanalytic Rev* 1999; 86(6): 903-14.
- Thomae H. Theory of aging and cognitive theory of personality. *Human Development* 1970; (13)1.
- Thomas A, Chess S, Birch H. The origin of personality. *Scientific America* 1970; 223(2): 102-09.
- Thomas H. Conceptual Dimensions of the Analyst Identity. En: Widlcher D, Joseph ED. *The Identity of the Analyst*. New York: International Universities Press, 1977.
- Vaillant G. *Adaptation to life*. Boston: Little & Brown and Co., 1977.
- Vaillant GE. Successful aging. *Am Psychiatry* (June) 2001; 158(6): 839-47.
- Vaillant GE. *The Wisdom of the Ego*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1993.
- Velasco P, Suárez E. Conducta y Actitudes Sexuales en Adolescentes de 15 a 19 años en Colegios Particulares Mixtos y Liceos de las Comunas de Ñuñoa y Providencia. En: *I Jornadas Científicas de Estudiantes de Psicología*. Santiago, Chile, 1981.
- Viorst J. *El precio de la vida: las pérdidas necesarias para vivir y crecer*. Argentina: Emecé Editores, 1990.
- Wallerstein J. *The good marriage*. New York: Knopf, 1996.
- Watson JB, Rayner R. Conditional emotional reactions. *J Exp Psychology* 1920; 3: 1-4.
- Zinberg NE, Kaufman I. *Psicología normal de la vejez*. Buenos Aires: Paidós, 1987.

PSICOLOGÍA SOCIAL Y PROFESIONES DE LA SALUD

Ramón Florenzano

La salud y la enfermedad son fenómenos que varían de acuerdo a las circunstancias culturales. En diversos lugares del globo los factores psicosociales son claves para determinar quién está enfermo, y qué sucede cuando alguien presenta un problema de salud. Aún dentro de una cultura dada, hay variaciones subculturales: dependiendo de su nivel socioeconómico, etnia, sexo o extracción urbano-rural, una persona recurrirá más rápido o más lentamente a un servicio de salud, consultará a una curandera, utilizará algún procedimiento alternativo de medicina natural, o no hará nada, confiando en que los síntomas desaparecerán por sí solos. Asimismo, la visión de los legos es diferente de la visión profesional acerca del proceso de salud-enfermedad, lo que es importante al formular diagnósticos o prescribir tratamientos. Estos temas han adquirido progresiva importancia en la medida que los costos de los servicios de salud han crecido, y que ha aumentado progresivamente el interés por la promoción de estilos de vida sanos. El autocuidado en salud ha sido un movimiento destinado a evitar la aparición de enfermedades crónicas del adulto el cual ha insistido en el papel que pueden tomar tanto pacientes como familiares en la atención sanitaria.

La percepción de salud y enfermedad

Una de las investigaciones clásicas acerca de cómo se percibe el estado de salud fue hecha en la década de los 70 por Herzilch en Francia. Ese estudio encontró que la tendencia general era proyectar el origen de las enfermedades al estrés laboral. Esto se refería no sólo a enfermedades infecciosas, sino a los accidentes o a los trastornos mentales. A la inversa, la salud puede ser percibida como algo interno a la persona, con tres componentes: salud como carencia de enfermedad, una “reserva de salud”, determinada por la constitución y la herencia, y un estado positivo de bienestar o equilibrio. Los estudios psicológicos han elaborado el concepto de enfermedad, yendo desde un concepto psicopatológico –centrado en la presencia de síntomas propios de condiciones mórbidas específicas– hasta uno psicosocial positivo –centrado en un estado de equilibrio y bienestar–, donde se encuentra la definición de la OMS clásica acerca de la salud como

un “estado de completo bienestar físico, mental y social”. Los estudios empíricos revelan que los grupos más deprivados socioeconómicamente tienen mayor noción de las visiones mórbidas, y los más privilegiados, de las visiones positivas del continuo salud-enfermedad. Una definición distinta es la salud como un estado funcional, en el cual se pueden realizar las tareas cotidianas sin especiales dificultades.

El concepto médico de enfermedad ha evolucionado desde un foco exclusivo en la enfermedad, en el modelo racionalista decimonónico, hasta otro actual que comprende además de los factores biomédicos habituales, las nociones de capacidad funcional y los elementos positivos recién mencionados.

Desde la antigüedad existe una noción ética acerca de la mantención de la salud, basado en la analogía entre salud y bondad y enfermedad y maldad. El mantenerse sano es propio del hombre virtuoso, y el enfermar del vicioso. En la medida que la sociedad se ha secularizado, la mantención del propio estado de salud, ha pasado a ser socialmente muy importante y necesario, y el mantenerse sano se ha relacionado con autocontrol, fuerza de voluntad y autodisciplina. La mantención del cuerpo ha pasado a ser el centro de un movimiento que tiene por un lado elementos positivos, al preconizar el cuidado frente a la utilización de sustancias químicas nocivas o de incurrir en otras conductas nocivas para la salud, pero que puede también centrarse en una comercialización de la salud: pensemos en la industria de ropa deportiva, de las máquinas para mantenerse físicamente esbelto, de los programas comerciales para bajar de peso, etcétera.

Salud y enfermedad en la comunidad

Diversos estudios han documentado las características sociodemográficas de quienes enferman y de los usuarios de servicios médicos. Así por ejemplo, se sabe hoy que las mujeres consultan más que los hombres, que los niños y los ancianos consultan más que los jóvenes y adultos. La utilización de servicios se asocia también al nivel socioeconómico (NSE), al origen étnico, al estado civil y al tamaño de la familia. Para comprender por qué algunos recurren a recibir atención profesional y otros no, se han desarrollado diversas teorías acerca de la *conducta de enfermar*, la que se revisa a continuación.

La conducta de enfermar

Es importante entender que más que la presencia o ausencia de enfermedad, lo que hace que las personas acudan a su médico es su respuesta a los síntomas. Un importante teórico de este tema, el sociólogo David Mechanic, ha resumido la evidencia al respecto separando la “auto-definición” de estar enfermo, de la “hétero-definición”, dependiendo de si la propia persona es la que se declara enferma, o bien, si son otros quienes lo hacen.

TABLA 7-1. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DE ENFERMAR SEGÚN MECHANIC

1. Visibilidad, reconocimiento e importancia perceptual de los síntomas y signos.
2. Severidad percibida de los síntomas (o sea, estimación personal del peligro ahora o en el futuro).
3. Grado en el que los síntomas alteran las actividades familiares, laborales o sociales.
4. Frecuencia de aparición de los síntomas o signos; persistencia y recurrencia de éstos.
5. Umbral de tolerancia de quienes están expuestos y evalúan los síntomas y signos.
6. Información existente, conocimientos y supuestos culturales acerca de la conducta frente a síntomas o signos dados.
7. Necesidades básicas que pueden llevar a mecanismos de negación del síntoma.
8. Necesidades que entran en competencia con la conducta de enfermar.
9. Interpretaciones alternativas posibles que se le puede dar a los síntomas una vez que éstos son reconocidos.
10. Disponibilidad de recursos para tratamientos, cercanía geográfica y accesibilidad física y psicológica de los servicios de salud. Esto incluye no sólo los costos ligados a la accesibilidad geográfica, temporal o económica, sino otros costos tales como estigma o distancia sociales o sentimientos de humillación.

Muchos resisten la imposición de un diagnóstico mórbido sobre ellos, por lo que es necesario ejercer presión social para que consulten. Las variables que de acuerdo a Mechanic influyen en la conducta de enfermar se presenta en la Tabla 7-1.

Los factores culturales influyen también en la conducta de enfermar: en los Estados Unidos, por ejemplo, se ha comparado cómo reaccionan pacientes de origen anglosajón con otros de origen italiano o judío. Los primeros tienden a adoptar una actitud estoica y objetiva con respecto a sus síntomas, alejándose en alguna medida de otras personas. Por el contrario, los pacientes de origen europeo mediterráneo tendían a adoptar una actitud más exigente y a buscar apoyo familiar y externo.

Fenomenología de los síntomas y conocimiento de la enfermedad. Aquellos síntomas que comienzan de un modo brusco y repentino, tales como la fiebre alta, o el dolor abdominal agudo, son más fácilmente interpretados como una enfermedad y por lo mismo, obligan a buscar apoyo médico en forma más rápida. Esto, en comparación con aquéllos que se presentan en forma lenta o insidiosa. El grado de incapacidad funcional también influirá en la preocupación por los síntomas específicos. El problema es que algunas enfermedades serias, como ciertos cánceres, no tienen síntomas llamativos ni dan problemas funcionales hasta bastante avanzados, dificultando un diagnóstico

oportuno. El conocimiento de las enfermedades es también un elemento determinante en la consulta médica oportuna, ya que éste posibilitará tanto el reconocimiento de las enfermedades que potencialmente representan un riesgo de vida para el sujeto, así como el conocimiento del tratamiento de las condiciones mórbidas. Es por ello importante insistir en la necesidad de una adecuada educación para la salud en la educación general.

Gatillos. Este término es utilizado por algunos investigadores para referirse a los motivos que obligan a consultar, es decir, al hecho que “gatilla” la conducta de acudir al médico. En general, parece ser que la mayoría de las personas toleran sus molestias por bastante tiempo, y que los síntomas mismos no son suficientes para hacer que alguien acuda a una consulta médica. Entre los “gatillos” se encuentran:

- a) La aparición de una crisis interpersonal (una muerte o enfermedad en la familia).
- b) Interferencia evidente con relaciones sociales o interpersonales.
- c) Sanción social: presión de los demás para que consulte.
- d) Interferencia percibida con las actividades física o laboral.
- e) Prolongación de los síntomas, y fijación de un plazo fatal: *“si me siento igual el próximo lunes, entonces pediré hora”*.

Percepción de costos y beneficios. Los profesionales de la salud tienden a pensar que un individuo racional informará de cualquier síntoma que le provoque molestias o dolor. Para ellos, el explorar la queja y restablecer la salud es una prioridad obvia. Pero para la mayoría de las personas, la buena salud es una meta entre muchas, y no necesariamente la prioritaria. En un momento dado, una persona puede decidir postergar la consulta, o un tratamiento dado, como por ejemplo una hospitalización, porque resulta inoportuna y onerosa en exceso. La necesidad para un padre de seguir aportando económicamente a la familia, o de una madre de cuidar a sus hijos pequeños, hacen que se postergue a veces por período prolongados consultas o procedimientos diagnósticos o terapéuticos necesarios. En ese sentido, se ha dicho que la importancia que se atribuye a la salud variará según un conjunto de circunstancias psicosociales y económicas.

Derivaciones. Es muy raro que una persona llegue a un hospital o consultorio sin antes haber conversado con alguien. Alrededor de tres cuartos de las consultas se hacen después de hablar con un pariente u otra persona cercana. Tal como los médicos tienen circuitos profesionales de derivación, existen circuitos legos para llegar al profesional. Freidson ha diseñado un modelo de derivación, que considera: a) el grado de congruencia entre la subcultura del paciente y la de su potencial médico; b) el número relativo de consultores legos existentes entre la percepción inicial de los síntomas y la decisión de acudir o no al médico. Así, en un grupo con gran distancia cultural entre

paciente y médico y con una red extensa de parientes o amigos que aconsejan con respecto a qué hacer, se llega a una muy baja tasa de utilización de servicios de salud. Ocasionalmente, los parientes o personas cercanas toman la iniciativa con respecto a consultar. Esto es especialmente común cuando los síntomas son percibidos como severos, peligrosos en cuanto a amenazar la vida del paciente o de personas cercanas a éste. Por ejemplo, cuando hay sospechas de maltrato infantil, surge la necesidad ética o legal de intervenir. Lo mismo sucede en casos de psicosis o de cuadros con convulsiones de *gran mal*. En el caso de la epilepsia, por ejemplo, se ha encontrado que cuatro de cada cinco consultas son iniciadas por otra persona, y no por el paciente. En general, los familiares son más eficientes en conseguir que un paciente renuente acepte consultar.

Acceso a servicios de salud. La accesibilidad a los servicios es compleja, y se ha propuesto la *ley de cuidados inversos*, de Tudor-Hart: *mientras más necesidad, menos servicios de salud*. En diversos países del mundo se ha documentado cómo los más deprivados socioeconómicamente son los que más requieren atención de salud, y los que más dificultad tienen para recibirla. A la inversa, mientras mejor situación económica y calidad de vida tienen los habitantes de un barrio urbano, mejor calidad de servicios obtienen. La explicación de este hecho está dada por la organización de los servicios y el acuerdo con las leyes de mercado. La accesibilidad geográfica, especialmente en áreas rurales, también limita la posibilidad de recibir atención oportuna: a mayor distancia de un centro de salud, menor número de personas acude a consultar.

Autocuidado, autoayuda y terapias alternativas

Sólo un número relativamente pequeño de los problemas de salud llega a la atención de los profesionales. Esto implica que la gran mayoría son resueltos por el propio paciente: el autocuidado y la automedicación son mucho más frecuentes de lo que los médicos esperan. Las personas que están acostumbradas a automedicarse consultan poco a los profesionales, aun cuando presenten problemas severos. En un estudio, dos de cada tres medicamentos tomados por sujetos estudiados era autoprescrito, y de éstos últimos, sólo uno de cada diez lo había empezado a tomar alguna vez por sugerencia de un profesional. La automedicación es pues generalmente una alternativa a la consulta a profesionales. Quienes usan los servicios primarios de salud, por otra parte, se automedican mucho menos que los no usuarios.

En el último tiempo han proliferado los grupos de autoayuda, cuyo prototipo histórico ha sido *Alcohólicos Anónimos*, que tiene un buen efecto en casos de alcoholismo crónico. Posteriormente, han surgido grupos de familiares de esquizofrénicos, de pacientes con cuadros dermatológicos, depresivos o bipolares, hipertensos, pacientes con cáncer, padres de niños discapacitados o leucémicos, víctimas de accidentes o desastres,

etc. Algunos de estos grupos han sido desarrollados desde los servicios de salud, como redes de apoyo por o para familiares de sus pacientes, pero muchas otras veces han surgido en forma independiente. Hoy cada vez más se consideran a estos grupos de autoayuda como un elemento integral de la red de servicios de atención primaria. A esta aproximación “complementaria” se opone otra “alternativa”, que se coloca en antagonismo a los “servicios expertos”, que son vistos como deshumanizados, comercializados, y poco atentos a las necesidades reales de los usuarios.

En relación al último punto, en la década de los 90 se desarrollaron cada vez más terapias alternativas o no-ortodoxas, dadas por no profesionales, tales como acupunturistas, quiroprácticos, homeópatas, yerbateros, y otros. Esta medicina tiene sus raíces en los antiguos chamanes, machis o hechiceros, pero continúa teniendo usuarios a veces en grandes números no sólo en sociedades primitivas sino también en centros urbanos. En muchos casos los pacientes recurren paralelamente a estos curanderos alternativos y a los servicios profesionales de salud. Esta popularidad de las terapias alternativas puede tener que ver con la progresiva desilusión de la gente con la biomedicina actual. Una aproximación más globalizante, humana y centrada en la promoción del bienestar, más que en la eliminación de los síntomas, es vista como más holística y satisfactoria por muchos.

Antropólogos médicos, como Kleinman han descrito cómo los sistemas locales de salud se complementan en tres modalidades: popular, folklórica y profesional. La medicina popular incluye el autocuidado y la automedicación; funciona independientemente de la medicina organizada. La medicina folklórica incluye especialistas no profesionales, que ofrecen terapias alternativas o no-ortodoxas. La profesionalización de la atención de salud, dice este autor, ha llevado a distanciar a los médicos de los pacientes, ya que definen su foco técnicamente con el término de *enfermedades*, en vez de *males-tares*, *molestias* o *achaques*, como lo definen los propios pacientes. Para Kleinman, la biomedicina occidental es el ejemplo más extremo de este fenómeno, ya que el lenguaje, procedimientos y marcos referenciales de los médicos especialistas son cada vez más distantes del mundo real de sus pacientes. Esto ha llevado a proponer un movimiento de re-humanización o re-encantamiento de la práctica médica, para evitar este exceso de distancia.

La relación médico-paciente

El acto médico esencial es el encuentro en la intimidad de la sala de consulta, de una persona que está (o cree estar) enferma, con un médico en el cual confía y al cual acude en busca de ayuda. Para que estos encuentros sean exitosos, es necesario que, además del conocimiento clínico y técnico, se desarrolle una interacción afectiva y social entre profesional y cliente. Este tema, que hemos analizado en otras publicaciones, será aquí revisado desde una perspectiva psicosocial.

TABLA 7-2. ROLES DE PACIENTE Y MÉDICO SEGÚN TALCOTT PARSONS

<i>Paciente: rol de enfermo</i>	<i>Médico: rol profesional</i>
OBLIGACIONES Y PRIVILEGIOS	EXPECTATIVAS
1. Debe querer mejorarse lo antes posible.	1. Aplicar un grado elevado de conocimientos y destrezas técnicas a los problemas mórbidos.
2. Debiera buscar atención profesional y cooperar con su médico.	2. Actuar en beneficio del paciente y la comunidad más que en el propio interés (económico, científico, etc.).
3. Se le permite (y a veces obliga a) dejar de lado algunas de sus actividades normales (laborales o domésticas).	3. Ser objetivo y emocionalmente desapegado (no juzgar a los pacientes en términos de sus propios valores personales, o involucrarse sentimentalmente con ellos).
4. Es visto como en necesidad de cuidado e incapaz de mejorarse sólo por su voluntad o medios propios.	4. Mantenerse dentro de las normas de la práctica profesional.
	DERECHOS
	1. Examinar físicamente al paciente así como conocer aspectos íntimos de su vida personal.
	2. Autonomía importante en su práctica profesional.
	3. Ocupar posición de autoridad en relación al paciente.

Roles sociales de médico y paciente. Uno de los principales sociólogos del siglo XX, Talcott Parsons, describió los roles sociales de médico y paciente como patrones de interacción socialmente pautados, que definen obligaciones y expectativas mutuas para cada participante. Tanto el médico como el paciente articulan un mecanismo para enfrentar los problemas de la enfermedad cuyo objetivo es volver a la salud y al cumplimiento de los roles sociales habituales del paciente. Esa descripción es la de un “tipo ideal”, o modelo útil para analizar los casos particulares, que no necesariamente coincide en todos sus aspectos con él. Para Parsons, el rol de enfermo le permite (y a veces lo obliga) a dejar algunas de sus actividades y responsabilidades cotidianas, tales como trabajar o hacer deportes, y además le impone buscar atención profesional para recuperarse. Estas expectativas se unen a la obligación de mejorar lo antes posible, seguir las indicaciones profesionales y cooperar con el médico (Tabla 7-2).

BIBLIOGRAFÍA

- Florenzano R, Altuzarra R, Carvajal C, Weik K, Baeza H, Dörr A. Enseñanza de entrevista médica en Facultades de Medicina. *Revista de Psiquiatría (Chile)* 1998; 14: 58-64.
- Freidson E. *Profession of Medicine*. Nueva York: Dodds, 1970.
- Gyarmati G. *Las Profesiones*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1985.
- Herzlich C. *Health and Illnes*. London: Academic Press, 1973.
- Kleinman A. Indigenous systems of healing. Questions for proffesional, folk and popular care. En: Salmon J. *Alternative Medicine: Popular and Policy Perspectives*. Londres: Tavistock, 1985.
- Mechanic D. Citado en: Florenzano R. Una mirada al movimiento psicoanalítico desde las teorías sociológicas clásicas. *Rev Chil Psicoanal* 2002; 19: 65-76.
- Parsons T. *Action Systems and Social Systems*. New York: Westview Press, 1991.

ESTRÉS: UN MODELO PARA LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Carlos Cruz

El ser humano enfrenta en este nuevo siglo una realidad de salud distinta de las pasadas centurias, en las cuales se producían infecciones epidémicas que diezmaban a la población mundial. Los cambios globales en las condiciones de vida, tales como el uso del agua potable y el desarrollo de alcantarillado, acompañado de cambios específicos, como el descubrimiento de los antibióticos, han permitido mejorar las expectativas de vida, lo que avala la idea de que se está alcanzando una adaptación positiva. Luis Vargas planteaba que la medicina del futuro iba estar orientada a normalizar a seres sanos, desajustados por el acoso diario de diferentes amenazas (estresores) a nuestro equilibrio, tales como la contaminación aérea y acústica, el mayor nivel de agresividad en nuestras relaciones, la premura que nos impone la sociedad industrializada, etcétera.

Considerado así, el estrés cobra especial importancia en psicología, pero no sólo para los profesionales, sino también para el público, que considera el estrés de origen psicológico como una enfermedad moderna y no como una mera respuesta psicofisiológica. En este sentido, podemos encontrarnos ante una evolución psicosocial propia del siglo XXI, para la cual se tiene que desarrollar una nueva adaptación.

Definición de estrés. Para unos es enfermedad del tipo psicosomático; para otros tensión, nerviosismo, cansancio o sufrimiento. Puede decirse que el estrés tiene todos estos ingredientes, pero que esto lleva a una ambigüedad que nada ayuda.

Se considera que el gran promotor del concepto de estrés fue el médico investigador Hans Selye, quien desarrolló y popularizó el término, pero que según nosotros simplificó la definición en exceso. Expresó en 1974 que “*el estrés es una respuesta inespecífica ante cualquier demanda*”.

Por nuestra parte, hemos desarrollado una definición que apunta a precisar con más detalle qué es el estrés: “*Estrés es el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuro-endocrino-emocional ante un estímulo percibido como amenazante (estresor) para nuestra integridad o bienestar*”. (Ver Figura 8-1). Ejemplifiquemos:

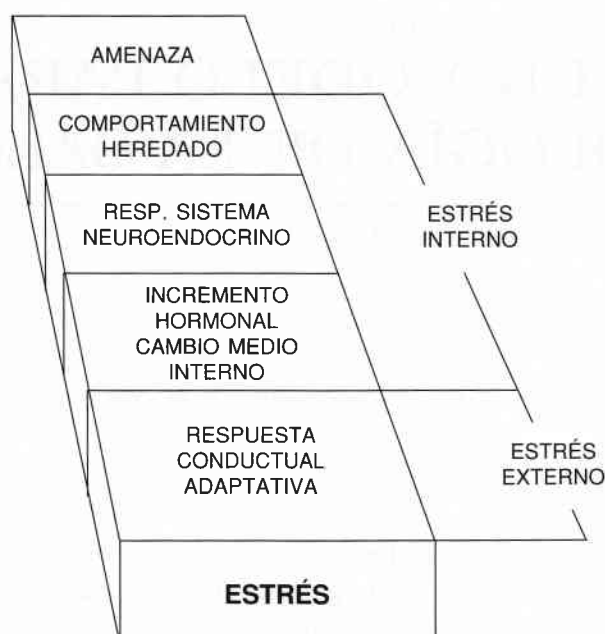


Figura 8-1. Representación de los componentes de la definición de estrés. (Gentileza Ediciones Universidad Católica de Chile).

Imaginemos que nos movilizamos en un bus por la ciudad y que de pronto, en cosa de segundos, el vehículo se estrella con otro: saltamos de nuestro lugar y nos golpeamos con algún fierro (amenaza a nuestra integridad o estresor), pero quedamos conscientes y pudiendo movernos. En esos instantes el tiempo se detiene para nosotros o se distorsiona: lo central en ese momento es salvarnos del peligro que se cierne (se activa el mecanismo innato defensivo del estrés).

Notamos que nuestro corazón late aceleradamente, sentimos miedo y angustia, pero no dolor y discurrimos apresuradamente las opciones posibles (la respuesta neuro-endocrino-emocional entra en juego). Nuestra tendencia innata será escapar del vehículo para salvar nuestra vida y nos moveremos para lograrlo. Posiblemente nos ocurrirá que nos sentiremos con más fuerza y energía que lo habitual (las hormonas descargadas en la sangre nos permiten esta respuesta).

Quizás deberemos romper una ventana para lograr nuestro objetivo y no dudaremos en hacerlo. Escaparemos lo más rápidamente posible y sólo cuando estemos alejados del accidente comenzaremos a volver a nuestro ritmo normal de vida: hemos logrado salvarnos del peligro inmediato.

En esta definición el estresor nos parece más preciso, e incluye la noción de amenaza, que pone en juego en la persona un programa grabado en los genes y que tiene la característica de inducir un comportamiento instintivo (heredado), básico para iniciar la respuesta.

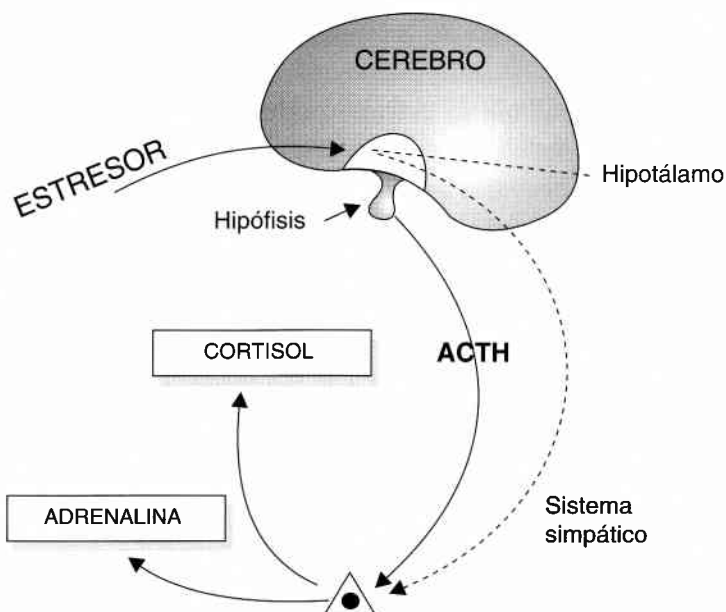


Figura 8-2. Representación del sistema hipofisiario y suprarrenal con indicación de las hormonas estimulantes durante la respuesta del estrés. (Gentileza Ediciones Universidad Católica de Chile).

Contrariamente a Selye, para nosotros la reacción neuroendocrina tiene características específicas, pues es sólo en el estrés donde aumenta la actividad del hipotálamo (centro nervioso cerebral) y la hipófisis (glándula ubicada cercana al cerebro) con descarga hormonal de ACTH (hormona adrenocorticotrófica). Simultáneamente, se estimula el sistema nervioso autónomo (se llama así porque regula funciones como la respiración y la digestión con autonomía de nuestra conciencia). Ambas “descargas” se dirigen hacia una glándula llamada suprarrenal, por encontrarse ubicada sobre el riñón. Es esta glándula la que descarga adrenalina y cortisol, las hormonas del estrés (ver Figura 8-2).

Sin embargo, este esquema está sobresimplificado y se hace necesario complejizarlo. En los últimos años ha tomado un nuevo ímpetu la neurotransmisión del estrés, con estimulantes resultados: actualmente se postula que el estímulo de alarma podría ser transmitido en el sistema nervioso central vía colinérgica y actuar sobre el hipotálamo; aquí habrían mediadores intrahipotalámicos, de los cuales se ha podido identificar la bombesina (péptido aislado de la piel del sapo *Bombina Bombina*), cuyo equivalente en mamíferos es el péptido liberado de gastrina (GRP) y la neuromedina B y C. El GRP actuaría estimulando al factor liberador de corticotrofina (CRF) desencadenándose la respuesta del estrés antes descrita. Sabemos además que durante esta respuesta el GRP aumenta su actividad a nivel de hipotálamo (núcleo paraventricular) y en el núcleo del tracto solitario del bulbo raquídeo, lo que explicaría su participación en la activación simpática directa característica (ver Figura 8-2). La investigación actual ha demostrado

que el GRP tiene un conjunto de acciones, administrado centralmente, que permite caracterizarlo como neurotransmisor del estrés: reduce la ingesta de alimentos mediante un efecto saciatorio; inhibiría la percepción del dolor; a nivel del sistema nervioso autónomo los cambios metabólicos, cardiovasculares y termorregulatorios se semejan a los observados durante el ayuno; a nivel gástrico el GRP tendría un efecto antiulcerogénico. Todas estas acciones dan cuenta de un organismo que está enfrentando un proceso de adaptación. Finalmente, agreguemos que la neurotransmisión de la respuesta a nivel central tendría una salida vía adrenérgica, puesto que ésta puede ser bloqueada con el uso de propranolol, aun en presencia de GRP.

Así pues, nos acercamos hacia una mayor precisión de qué es el estrés. Podemos adentrarnos un poco más en este proceso al diferir nuevamente de Selye, quien propone la idea de que existe estrés aún en situaciones placenteras. Para nosotros este planteamiento es incorrecto, ya que distinguimos emociones placenteras (protectoras para nuestra salud), con leve a moderada descarga de adrenalina, pero sin estimulación del cortisol, como nos ocurre frente a noticias agradables o celebraciones familiares. En contrapartida, existen emociones intensas, habitualmente desagradables porque hay amenaza, con descarga de adrenalina y cortisol, con estrés.

De este modo podemos afirmar ahora que el estrés es una reacción natural de adaptación frente a una amenaza o estresor y no una enfermedad.

Sin embargo, es importante detallar aún más cómo es esta reacción: decíamos que es una respuesta a un estímulo estresante; este estímulo tiene la característica básica de percibirse como amenazante.

En este punto debemos hacer notar que el sentido de amenaza está dado ya sea internamente o de modo externo; es decir, el riesgo de ser atropellado será percibido por la mayoría de las personas como una amenaza para su vida (amenaza externa). No obstante, un ascenso laboral puede ser visto como un logro que proporciona satisfacción o genera ansiedad (amenaza interna).

Siguiendo esta línea, R. Lazarus desarrolló un modelo cognitivo de comprensión del estrés. Este autor plantea que frente a un estímulo percibido como estresante se evalúan las opciones de afrontamiento del problema (*coping*). Entre las estrategias de afrontamiento distinguió dos tipos: una enfocada al problema que nos afecta y la otra enfocada a la emoción que el problema produce en nosotros.

La primera estrategia busca modificar la situación que nos ha provocado estrés y, en general, se la considera más efectiva que la segunda, que se refiere a la atenuación de la emoción desencadenada por el estrés. El enfrentar una situación estresante puede clarificarse recurriendo a nuestro ejemplo del accidente: lo más probable es que un afectado por él, que pide ayuda activamente, tenga mayores probabilidades de salir adelante exitosamente que aquel accidentado que llora desconsoladamente sin moverse del sitio. Sin embargo, la estrategia de enfrentamiento enfocada a la emoción también es útil, en especial en situaciones en las cuales poco podemos hacer: es frecuente que en las terapias de pareja se favorezca el desarrollo de la tolerancia y del humor como un modo

de atenuar las emociones negativas producidas por los conflictos que los traen a consultar, antes de concentrarse en la modificación de la situación problemática.

El buen desarrollo de estas formas de enfrentar los problemas son una de las claves para nuestra salud mental. Según L. Vargas: *“el solucionar y sobrepasar situaciones estresantes, pero manejables, contribuye a afianzar la propia normalidad psicológica”*. Éste es el concepto de adquirir maestría en la ejecución o *“dominio de la situación”*.

Desde un punto de vista neuroendocrino podemos profundizar nuestra comprensión de las bases del estrés siguiendo el modelo postulado por Gray, según el cual la personalidad y las emociones estarían determinadas por dos sistemas afectivo-motivacionales reconocibles anatómicamente en el encéfalo. De esta manera, nosotros reaccionaríamos frente a estímulos negativos como los castigos, la novedad o la falta de recompensas, inhibiendo nuestra conducta y redirigiendo nuestra atención a otros estímulos. Este proceso ocurriría por activación del sistema inhibitorio de la conducta que estaría radicado en el sistema neuronal septohipocámpico. La inhibición exagerada de este sistema por una mayor sensibilidad al castigo explicaría la angustia en sus bases biológicas.

En oposición a este sistema, estaríamos dotados de un sistema motivacional apetitivo o positivo que tiende a activar nuestra conducta en situaciones de probable recompensa o en evitación activa de un peligro o castigo. Situaciones que evaluamos como de esperanza, satisfacción o alivio “encenderían” este sistema, que estaría radicado en las vías dopaminérgicas.

En la Figura 8-3 se puede apreciar una visión esquemática del estrés como un proceso. Por una parte se observa a la persona como un círculo, teniendo en su interior una vulnerabilidad o resistencia, que se refiere a una cierta capacidad innata para tolerar o sucumbir frente a las demandas del medio. H. Eysenck ha desarrollado los conceptos de neuroticismo y extroversión como características con las cuales nacemos y que determinan cómo evaluamos lo que nos acontece. Sobre esa matriz comenzamos a integrar las experiencias tempranas, que a su vez pueden debilitar o fortalecer nuestra capacidad de adaptación. Experiencias de cariño y apoyo nos darán seguridad y tenderán a disminuir nuestros estresores internos, tales como exigencias desmedidas, culpas, etc. La matriz así constituida evaluará los estímulos del medio y determinará su valencia positiva (placentera) o negativa (estresor) a través de una estimación cognitiva, pero también teñida de emoción y ello determinará la activación neuroendocrina correspondiente. Desde fuera del círculo, la Figura 8-3 muestra los estímulos agradables, que tienen un efecto protector sobre nosotros al gratificarnos y proporcionarnos un equilibrio frente a los estresores. Éstos últimos pueden ser de distinta magnitud, pero es interesante destacar que se tenía la noción que sólo los eventos vitales mayores (separación, despido laboral, etc.) podían tener algún peso sobre el bienestar de la persona, pero actualmente sabemos que los problemas cotidianos (ruidos molestos, discusiones familiares) pueden tener igual influencia.

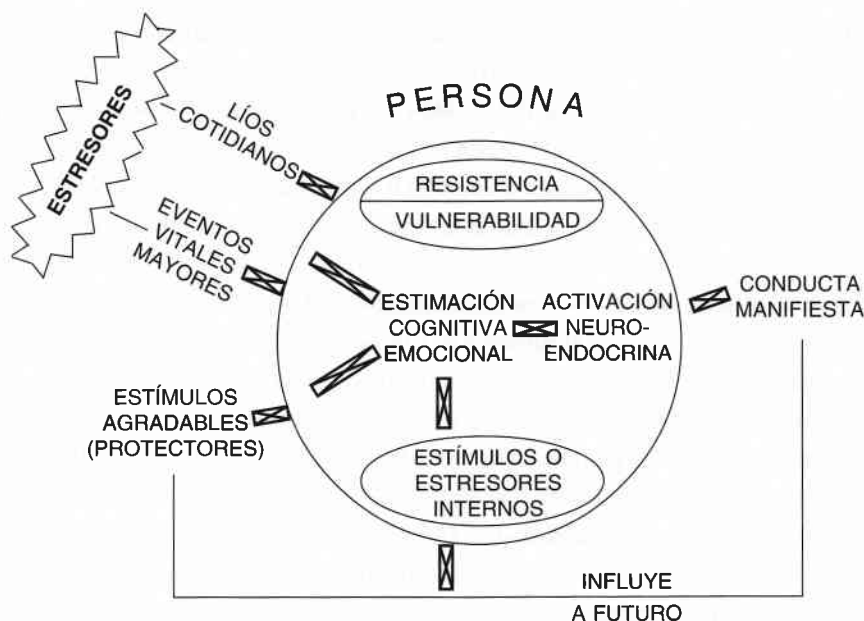


Figura 8-3. Representación sintética del flujo de eventos que realiza la persona en estrés. (Gentileza Ediciones Universidad Católica de Chile).

La figura se completa al actuar la persona, observándose una conducta o proceso interno, y que su éxito o fracaso para adaptarse a la demanda influirá sobre su seguridad para manejar las futuras situaciones estresantes.

Estrés y sus aplicaciones al Modelo Salud-Enfermedad

Se mencionó la idea de normalidad psicológica y estrés. En este punto coincidimos con la Organización Mundial de la Salud en su definición de los tres criterios esenciales de salud mental de un individuo:

- a) El conocimiento y aceptación de sí mismo
- b) La correcta percepción del ambiente
- c) La aptitud para la integración, que le permita hacer frente a las necesidades y dificultades de la existencia, tanto en períodos de crisis como ante los continuos esfuerzos de adaptación que exige la vida cotidiana.

No obstante, con frecuencia se observa a personas que en ocasiones se encuentran sobrepasadas por los problemas o, dicho en palabras comunes, “estresadas”. Ha ocurrido entonces lo que certeramente Selye describió como una “Mal adaptación”, que es un fracaso transitorio frente al estrés.

Técnicamente lo denominamos un “Trastorno de adaptación”, y lo describimos como un estado de perturbación psicológica con síntomas emocionales (angustia) o de la

TABLA 8-1. INDICADORES BIOQUÍMICO-CLÍNICOS DEL ESTRÉS

-
- Presión arterial
 - Temperatura corporal
 - Glicemia - hematócrito
 - Neurohormonas circulantes: β -endorfinas, VIP, ACTH, sustancia P
 - Neurotransmisores circulantes: catecolaminas totales, GABA, Bombesina, CRF
 - Indicadores enzimáticos: ácido úrico, interleuquinas, etc.
 - Encuestas cortas, sistemáticas, computarizables, respecto de la historia y presente del sujeto.
-

(Modificado de: Isabel Marín, 1991)

conducta, que se producen en respuesta a un estresor identificable (separación matrimonial, fracaso académico, enfermedad, jubilación, etc.) y que tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia de éste. Se dice que la persona experimenta “sentimientos de incapacidad para arreglárselas con la vida, para planificar el futuro o para continuar con la situación actual”.

Es posible que en un futuro cercano, éste y otros trastornos relacionados con el estrés puedan ser estudiados desde las perspectivas bioquímicas y clínicas conjuntamente, lo que daría un mayor sustento a estos cuadros. La Tabla 8-1 muestra algunos elementos posibles de medir en relación al estrés.

El manejo específico del trastorno de adaptación escapa al ámbito de este artículo, pero digamos que el objetivo es facilitar herramientas que le permitan a la persona encarar adecuadamente su problemática: revisión objetiva del conflicto aportando soluciones alternativas para buscar apoyo de sus cercanos, usar fármacos en dosis bajas si es necesario, etcétera.

Existe en la actualidad un gran debate e investigaciones en curso para dilucidar el rol del estrés en la génesis de las enfermedades, discusión que aún no está resuelta. La mayoría de los estudios apuntan a que el estrés crónico puede precipitar una enfermedad, pero no sería el responsable directo de ella.

Desde una perspectiva complementaria a la anterior podemos intentar comprender también qué le ocurre a las personas cuando enferman, es decir, cómo se adaptan al hecho de estar enfermos, dado que esto implica una amenaza a su integridad. Dicho en otros términos, la enfermedad puede ser conceptualizada como una forma severa de estrés psicológico. J. Wilson-Barnett plantea que en cada persona será la evaluación de la experiencia de estar enfermo, las características de personalidad y su modo de enfrentar previamente la enfermedad lo que determinará su comportamiento actual frente a la situación.

De interés para nosotros será el precisar cuándo y porqué alguien decide o no pedir ayuda por un problema médico. Sabemos que los factores son múltiples: dolores intensos o vagos inquietan más que una herida en un dedo, que aparece visible y circunscrita; enfermedades que conocemos y manejamos nos amenazan menos que aquéllas que son completamente nuevas. Una investigación realizada con universitarios que concurren a su servicio de salud estudiantil, observó que aquellos estudiantes que reportaron “estrés alto” –para esta medición se consideró la frecuencia con que éstos se sintieron solos o nerviosos– demandaron más servicios médicos que aquéllos que tenían “estrés bajo” (60% vs. 38%). La conclusión del estudio fue que el estrés puede disminuir la tolerancia al disconfort físico, conclusión que calza con la noción que describíamos en la Figura 8-3 como estresores internos que afectan nuestra aproximación a nuevos problemas.

Si ampliamos nuestra mirada no deberíamos dejar pasar por alto la idea del rol del enfermo, vale decir, que la enfermedad es reconocida socialmente como una condición que exime de algunas responsabilidades (trabajar, por ejemplo), pero que obliga a buscar ayuda, a cumplir con las indicaciones de personas competentes (personal de salud) y abandonar el rol de enfermo tan rápido como sea posible. Sin embargo, J. Wilson-Barnett menciona a lo menos cuatro distintos tipos de conducta frente al rol:

- a) Adoptar el rol y renunciar a él al recuperarse.
- b) Rechazarlo o evitarlo.
- c) Adoptarlo rápidamente y no renunciar.
- d) Evitarlo y luego tomarlo y asirse a él.

De estas conductas, la primera es la más adecuada, pero las restantes son relativamente frecuentes y debemos aprender a abordarlas. Un modo para conseguirlo es preguntándose qué “gana” el paciente al tomar una determinada actitud hacia su enfermedad. Puede que se encuentre sobrepasado psicológicamente por la idea de estar enfermo y preferirá ignorar la situación. Por el contrario, puede ser que su situación normal sea agobiante y la enfermedad le proporciona un escape para ella. En todos los casos el diagnóstico médico es similar, pero el modo de sobrellevar su dolencia será significativamente distinto.

Como corolario de lo anterior, de la percepción que el paciente tenga de su enfermedad y cómo ésta amenaza su equilibrio psicológico, dependerá la adherencia a los tratamientos que se le indiquen: en palabras de J. Wilson-Barnett, *“aunque muchos pacientes esperan una determinada prescripción cuando visitan a su médico, hasta en la mitad de los casos hay fallas para tomar sus medicamentos de acuerdo a lo indicado”*. De acuerdo a diferentes estudios se ha establecido que es un problema prevalente que varía entre el 25 y 50% de los pacientes. Si bien no existe un prototipo de paciente no adherente a tratamiento, la investigación ha aportado información valiosa acerca de las condiciones que facilitarían o entorpecerían la adherencia. Entre éstas cabe mencionar la duración de la enfermedad: un cuadro agudo requiere menos esfuerzo en su control que

uno crónico y en éste último puede ayudar mucho la supervisión del equipo para clarificar las indicaciones al paciente, dado que a mayor complejidad de éstas es mayor su falta de adherencia (entendiendo también adherencia como el seguir las indicaciones erróneamente).

Por otra parte, si el paciente no cuenta con apoyo social o familiar o no tiene fe en las medidas terapéuticas es más probable que no siga un tratamiento regular.

El rol de los miembros del equipo de salud puede ser entendido siguiendo el modelo del estrés: si nos encontramos con una persona que se siente amenazada por la enfermedad, requerirá nuestro apoyo emocional, es decir, un trato amigable, para sentirse menos incómoda, pero también que seamos claros y precisos al detallar nuestras indicaciones, pues se encuentra en un estado emocional distinto que puede restringir su comprensión.

El estrés aplicado a la clínica puede entenderse mejor si nos referimos a las implicancias de la hospitalización. Permítasenos dar un testimonio personal de enfermedad aguda:

“Había vuelto de vacaciones y sin embargo, me sentía decaído, como con un estado gripal en ciernes. Días después sentí un dolor intenso en la espalda, que me dificultaba la respiración. Ambas molestias o síntomas interferían mi vida habitual, pero no la imposibilitaban. Estaba intentando adaptarme a una adversidad transitoria y llevadera. A pesar de ello (o quizás por eso) decidí consultar un médico y tomarme exámenes, pero éstos no fueron concluyentes. Este primer paso no fue, entonces, exitoso. Como los síntomas continuaban fui a la urgencia de una clínica; esto me significaba avanzar en aclarar mi enfermedad, pero crecía el temor de ser hospitalizado y las contrariedades que esto implicaba (pérdida de independencia, reposo médico, menores ingresos, etc.).

“Y la hospitalización fue indicada y se precisó que tenía una embolia pulmonar, cuadro de moderada gravedad.

“Mi proceso de adaptación tomó entonces otro rumbo: aclarar qué me había ocurrido, cómo sobrellevarlo lo mejor posible y regresar a mi casa tan pronto pudiera. Lo primero, me ayudó a enfrentar un conjunto de exámenes aclaratorios, tales como un Ecodoppler de extremidades inferiores (que descartó una tromboflebitis), una angioTAC de abdomen y pelvis que descartó neoplasias abdominales, entre otros. Afortunadamente este proceso ocurrió rápidamente, en un lapso de 3 días, y para mí el desafío fue “interpretar” los discursos médicos y sus consecuencias (por ejemplo, enfrentarme a la idea de que podía estar desarrollando un cáncer de páncreas) y tolerar las incomodidades propias de los exámenes (como beber y retener más de un litro de agua para el examen pelviano).

“A lo anterior se sumó el tratamiento: estar en una Unidad de Cuidados Intermedios, en reposo absoluto y constantemente conectado a un fluido externo, me exigía una disposición de ánimo diferente, para tolerar el orinar en un recipiente (que mostró ser un magnífico colaborador) o permitir que una persona me lavara prolijamente. Me llama la atención cómo mis metas en esos días eran sencillas: poder lograr levantarme para ir solo al baño

y ducharme y volver a vestirme con ropa de calle, las cuales disfruté cuando se concretaron. Debo agregar que mi estadía se hizo más llevadera gracias a la visita de mis familiares y amigos.

“La salida de la Clínica fue otro objetivo que alcancé satisfactoriamente: pude salir caminando y sin dolor, con un tratamiento farmacológico anticoagulante en curso al que debía adaptarme en las semanas siguientes”.

Sabemos que una hospitalización es un suceso significativo en la vida de cualquier persona. Se ha planteado que hay 5 reacciones comúnmente esperables: ansiedad, temor, aumento de la irritabilidad (mayor irascibilidad), pérdida de interés en el mundo externo, preocupación por los propios procesos (concentrarse en las propias funciones corporales), como se aprecia en el testimonio anterior. Habría también una mayor fatigabilidad y una menor habilidad para enfrentar la hospitalización derivada de la propia enfermedad y su desgaste en el organismo. Y en este sentido se corre el riesgo de considerar erróneamente que el enfermo al centrarse en sus propios procesos corporales no le atribuye importancia a lo que está sintiendo.

Otro hecho de importancia es si el paciente se encuentra aislado o en sala con otros pacientes. Habitualmente el grupo desarrolla una subcultura, en la cual se premia el humor y se rechaza la expresión de malestar, conductas que favorecen la adaptación de la enfermedad y la permanencia en el hospital.

Cuando se ha encuestado a los pacientes acerca de sus objeciones en relación a la hospitalización, han sido frecuentes las críticas en cuanto al uso del orinal (“pato”), el ruido, las rutinas rígidas, la presencia de muchas caras nuevas, estar en pieza solo y escuchar hablar a los médicos acerca de ellos usando términos técnicos.

También la falta de información es una queja común en la mayoría de las encuestas. En un estudio, el 25% de los pacientes expresó no saber qué médico lo había visitado; un 39% estaba insatisfecho con la cantidad de información recibida y un 65% deseaba tener más información. Esta última cifra podría explicarse por dos razones. La primera, que el paciente se encuentra ansioso, lo que dificulta su comprensión y la segunda, que el médico no le haya explicado bien.

Otro hallazgo es que los pacientes más jóvenes (< de 40 años) y las mujeres son, en general, más críticas. Sin embargo, las conclusiones apuntan a que, globalmente, los pacientes tienen más sentimientos y actitudes positivas hacia la hospitalización.

Testimonio del paciente antes mencionado: *“En mi caso, el control del dolor, el aclarar mi diagnóstico y sus posibles consecuencias (descartar un cáncer) y el inicio de un tratamiento efectivo sobrepasaron con creces las incomodidades de la hospitalización, además de sentir que la Clínica era un lugar seguro donde estar para la situación en la que me encontraba (como para enfrentar emergencias en el caso de que ocurrieran)”.*

A partir de este tipo de investigaciones se han podido establecer perfiles de pacientes de mayor riesgo de tener alteraciones psíquicas debido a una hospitalización,

a saber: pacientes menores de 40 años, pacientes ingresados para investigar una enfermedad, pacientes aquejados de cáncer, infecciones o causas desconocidas y pacientes que tienen facilidad para desarrollar sentimientos de ansiedad y depresión (detectado por inventarios de rasgos de personalidad).

Testimonio del paciente antes mencionado: *"En mi caso, que correspondería a la segunda categoría, puedo afirmar que el momento de mayor ansiedad se presentó ante la posibilidad de tener una neoplasia"*.

Finalmente, hemos preparado para el estudiante algunos consejos generales que pueden ayudarlo en el buen manejo del estrés. Éstos están basados parcialmente en los aportes de Madders y Covey.

- ⟨ Una primera recomendación es intentar precisar cuánta tensión (estresores) podemos tolerar; dicho de otro modo, debemos aprender a "administrarnos", conociendo nuestra fortalezas y debilidades. También nos referimos a la capacidad de reconocer cuándo estamos fatigados y necesitamos descansar. Covey va más allá al promover la proactividad, la cual se trata no sólo de tomar la iniciativa: *"significa que, como seres humanos, somos responsables de nuestras propias vidas. Nuestra conducta es una función de nuestras decisiones, no de nuestras condiciones"*.
- ⟨ Una segunda idea útil es la de encarar las situaciones que nos ocasionan estrés para acostumbrarnos a ella. Si el trabajo con un computador nos perturba y debemos hacerlo, es mejor encarar la situación y aprender a manejarlo. No significa convertirnos en expertos, pero sí en buenos usuarios. Esta postura también puede ser útil para sobrellevar bien una enfermedad crónica.
- ⟨ El tercer consejo se refiere al manejo del tiempo: éste tiene una influencia básica en nuestra vida diaria. La capacidad de una adecuada programación del tiempo ocupacional, laboral, social y familiar constituye una fuente de control de potenciales estresores. La clave para seguir lo anterior es la ordenación de nuestras actividades y su priorización, porque sin prioridades estamos sin una fundación para nuestras acciones.
- ⟨ Un consejo muy ligado a lo anterior es el de la creación y uso del tiempo libre: priorizando podemos disponer de tiempo para nosotros. Parece existir en Chile una cultura del trabajo contabilizado por horas y no resultados. Si sus circunstancias se lo permiten, tiene por delante el desafío de crear un espacio para Ud. que le reportará grandes beneficios, "permitiéndole recargar baterías" que el estrés le ha consumido.
- ⟨ La detección de dificultades en la comunicación con los demás cercanos y el esfuerzo por solucionar el distanciamiento, son claves para controlar el estrés derivado de las relaciones personales. Sin intentar dar la solución, creemos que Covey resume el meollo de ella: *"buscar comprender primero y después ser comprendido es la esencia del respeto a los demás"*.

Este consejo también es aplicable al trabajo y su buen enfrentamiento. En una sociedad cada vez más "interconectada", debemos saber valorar las diferencias entre nosotros y aunar fuerzas.

- ⟨ A tono con lo anterior, nuestro siguiente consejo se refiere a un buen manejo del presupuesto y de nuestra capacidad de endeudamiento, de ser previsores y calcular gastos imprevistos. Las dificultades económicas constituyen un estresor de gran intensidad.

No quisiéramos terminar esta revisión sin unas palabras de optimismo: *no se alarme frente al estrés, puede ser una experiencia enriquecedora. Cuidese en el día a día, practicando algún ejercicio de relajación, ya sea muscular o mental.*

Finalmente, el lector no debe olvidar que si bien todos tenemos una constitución genética que puede determinar una cierta vulnerabilidad y aun cuando no podamos modificar un ambiente desfavorable, "*todos somos capaces de aprender a adaptar nuestras reacciones al medio*".

BIBLIOGRAFIA



- Covey S. Los siete hábitos de la gente altamente efectiva. Buenos Aires: Paidós, 1997.
- Cruz C, Vargas L. Estrés. Entenderlo es manejarlo. 1^{ra} ed. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1998.
- González de Rivera y Revuelta JL. El método epidemiológico en salud mental. Barcelona: Masson S.A., 1993.
- Gray JA. The neuropsychology of anxiety: an inquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Oxford: Oxford University Press, 1982.
- Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
- Madders J. Estrés y relajación. Guía práctica. México: Fondo Educativo Interamericano, 1994.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión, 1992, Publicación Científica N° 554.
- Rachman SJ, Philips C. Psychology and Medicine. Great Britain: Pelican Books, 1978.
- Selye H. Stress Without Distress. New York: JB Lippincott Co., 1974.
- Slipak O. Estrés (IV parte). ALCMEON 1992; 2(2): 217-29.
- Vargas L. Bases fisiológicas del estrés y su proyección a la medicina clínica. En: La fisiología como ciencia aplicada. 1^{ra} ed. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1984.
- Vargas L. Discusión del estrés y su proyección a la patología. Acta Psysiol Pharmacol Latinoam 1988; 38: 369-75.
- Wilson-Barnett J. Stress in hospital. Patient's psychological reactions to illness and health care. Singapore: Churchill-Livingstone, 1979.