

MANUAL DE PSICOTERAPIA

EMILIO MIRA Y LOPEZ

EX PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA
MIEMBRO DEL COMITE INTERNACIONAL DE PSICOLOGOS

MANUAL DE PSICOTERAPIA

EMILIO MIRA Y LÓPEZ
EX PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA
MIEMBRO DEL COMITÉ INTERNACIONAL DE PSICÓLOGOS

PRESENTACIÓN

A lo largo de 1996 tuvieron lugar en España y en otros países distintos actos conmemorativos del nacimiento del Profesor Emilio Mira y López, mereciendo citarse -por próximos a nosotros y por su significación emotiva- aquéllos que se celebraron en Madrid y Barcelona, organizados por las respectivas universidades y por las sociedades científicas, médicas y psicológicas.

En ocasión de tales actos se glosó ampliamente la personalidad humana y científica de E. Mira y López, dejándose patente la actualidad que conservan muchos de sus pensamientos y de sus publicaciones -que no sin razón se ha dicho, en más de una ocasión, que se anticiparon con frecuencia a su época- y surgiendo la idea de reeditar algunas de las obras del desaparecido maestro. A tal respecto nos pareció especialmente idónea la reedición de su «Manual de Psicoterapia» que presentamos; idónea por su temática general y por su contenido psiquiátrico y psicológico, disciplinas ambas nucleares en el estudio, conocimiento y comprensión de la conducta humana, sobre las que cabalgó la dedicación de maestro, experimentador y clínico de E. Mira a lo largo de su vida.

Hemos de subrayar que consideramos especialmente interesante reproducir unas páginas que estuvieran lejos de una caducidad propia del paso de los años -la primera edición de esta obra se hizo en Buenos Aires, en 1942- y que conservaran un alto valor docente, mérito que se cumple en la mayoría de los capítulos de este libro, a sabiendas que puedan contener, también, ciertos puntos de vista y criterios del autor más acordes con los conocimientos de su época, hoy en día un tanto renovados. Sin embargo, nos atrevemos a afirmar que las lecciones de este «Manual de Psicoterapia» siguen ofreciendo un marco sólido y esclarecedor de los distintos temas que desarrolla.

PALABRAS PREVIAS

El mero hecho de escribir algo publicable acerca de un tema tan delicado y difícil como el que figura en las cubiertas de este libro, resultaría una muestra de ridículo narcisismo si el autor no tuviese poderosos motivos para realizarlo.

Así ocurre, en efecto, en nuestro caso: a los treinta años de ver sufrir miles de enfermos y a los veinticinco de querer serles útil como médico hemos llegado a la conclusión de que una mayoría de colegas vive, todavía, desplazada de la órbita en que ha de centrarse su interpretación del Hombre que, al padecer, se entrega ingenuamente a ellos en busca de remedio.

Una década de labor docente en diversos países nos ha convencido, también, de que no cabe culpar a los médicos de su miopía en la comprensión y en la ayuda de lo que ellos llaman "casos" y que son, siempre, nada más y nada menos que criaturas humanas palpitantes de anhelos, seres temporalmente desvalidos o vencidos, cuya vida y cuyas obras penden a cada momento de nuestra negligencia, de nuestro error y de nuestro impenitente dogmatismo.

Falta en las Facultades de Medicina de los países latinos e indoamericanos la enseñanza oficial de la Psicoterapia. Las autoridades académicas creen que ésta se reduce a un apéndice de la Psiquiatría, cuando no opinan que el conocimiento psicológico es depositado, a modo de maná, de un modo providencial, sobre los alumnos en el curso de sus deambulaciones por las frías y lóbregas salas hospitalarias.

De vez en cuando surge un simpático viejecito que, al llegar a su fase de reblandecimiento, se siente invadido por un sarampión filosófico o psicológico tardío -hélas!- y no desaprovecha ocasión en sus lecciones para destacar el misterioso influjo que "el alma" del enfermo ejerce sobre el curso de su proceso. Pero tales adeptos, así como algún que otro psicópata energuménico que adopta posturas de audaz intransigencia en sus concepciones y propugna convertir la

enseñanza médica en pura docencia psicológica, no son, como se comprende, de gran ayuda para el avance de nuestra disciplina.

Aun en los ambientes más favorables para la comprensión psicosomática de la Medicina existe una resistencia considerable a conceder a la Psicoterapia todo el papel y todo el rango que merece. Reciente está, por ejemplo, la publicación de los planes de estudio propuestos para la reforma de la Enseñanza Médica en la Universidad bonaerense: en los más indulgentes con nuestro criterio sellegaba hasta concederla el mismo número de horas que a la Odontología. Y francamente, aun aceptando que los trastornos dentarios tengan la misma importancia etiopatógica que los psíquicos, ¿habrá quién sostenga que ambos pueden comprenderse en igual tiempo?

Porque no hay lugar para la enseñanza de la Psicoterapia no hay, en realidad, psicoterapeutas de tipo «medio», así como, en cambio, hay pediatras, urólogos, fisiatras, etc., a granel. De ello deriva no sólo el mantenimiento sino el auge de actividades paramédicas de todo género, a las que millares de dolientes van en busca del alivio que no supieron darle los galenos rabiosamente empeñados en la captura del «foco lesional». Y cuando, merced al esfuerzo ingente de algunas individualidades beneméritas, se despierta la inquietud en el joven profesional y trata de adquirir por su propia cuenta una visión de las técnicas y los criterios de la Psicoterapia actual: ¿qué textos tiene a su disposición en nuestro idioma? Ciertamente es que hay algunas buenas traducciones de obras fundamentales, pero casi todas adolecen del defecto de propugnar una visión UNILATERAL del campo de estudio, pues sus autores son progenitores de sendas teorías con las que quieren abarcar e interpretar toda su problemática. Superar esa falta y brindar al estudioso un panorama, si no completo cuando menos armónico, de las doctrinas y los métodos psicoterápicos resulta una tarea difícil pero necesaria si se quiere evitar en estas latitudes la cristalización de núcleos sectarios.

Mas otro motivo, no menos impelente, ha movido nuestra pluma a redactar el presente Manual y es: el de dejar constancia escrita del curso que acerca de esa materia profesamos, hace un año, en la Facultad de Medicina porieña. Para un docente exilado, el honor de tener tal oportunidad le obliga a someter su tarea a la crítica de quienes no pudieron o no quisieron juzgarla directamente. Por ello este libro representa una versión fidedigna de aquel esfuerzo. A quienes deseen imponerse de los antecedentes obligados en esta clase de

trabajos nos permitimos recomendar la previa lectura de nuestra *Psicología Evolutiva* y de nuestro *Manual de Psiquiatría*, ya que difícilmente se puede hacer terapia sin haber hecho diagnóstico y éste, a su vez, presupone el conocimiento del funcionalismo normal.

No seríamos sinceros si ocultásemos un tercer y más íntimo factor en la constelación determinante del texto que estamos presentando. Todo él ha sido escrito a pocos metros de distancia de un Ser querido -nuestra Madre- que con entereza y serenidad ejemplares iba cumpliendo las dolorosas etapas de preparación para su viaje hacia el Infinito. Coincidió casi su partida con la terminación de esta obra. Y no hay duda que el presenciar a diario la ineficacia de todos los recursos de la Medicina y ya Cirugía actuales para detener el «exceso de vitalidad» de unas cuantas células cancerosas ha sido un acicate que ha vencido mis últimos escrúpulos de modestia.

No basta consolar; hay que luchar bravamente para conseguir que la personalidad humana enfrente el dolor y el sufrimiento con algo más que una pasiva resignación. Hay que declarar una sola guerra en el Mundo: la guerra contra la infelicidad y contra la Muerte. En ese combate, la Psicoterapia, tanto individual como social, tiene un puesto de avanzada.

Antes de ocultarse, el Autor quiere, también, estampar los nombres a los que, con un espontáneo y generoso gesto de ayuda, le han proporcionado los medios necesarios para oír en la redacción del Manual: los Dres. César Coronel, Arturo Cuitarte, Leandro Fielguera y Ramón Melgar. A ellos y a muchos más colegas argentinos que lo han psicoterapizado (perdónese el neologismo) les guarda, en su más pura intimidad, eterna gratitud.

E. MIRA

Buenos Aires. Octubre de 1941.

CAPITULO I

Objeto y fines de la psicoterapia. El concepto de «enfermedad» a través de los tiempos y en la actualidad. Síntesis evolutiva de las curaciones por «el espíritu». Diferencias fenoménicas entre «ser», «estar», «vivir» y «sentirse enfermo». Su importancia en la determinación del curso morboso.

Paralelamente al progreso de los conocimientos en el campo de la Medicina, y coincidiendo con el formidable avance que la Psicología -la ciencia de moda- ha experimentado en nuestro siglo, se ha observado la condensación del concepto de Psicoterapia, hasta hace poco nebuloso y oculto entre los pliegues de la superstición, de la ignorancia o de la fe sugestiva.

A pesar de que etimológicamente hablando la Psicoterapia parece fácilmente definible (psicoterapia = terapia por la psique, es decir, acción curativa obtenida mediante el empleo de recursos que obran directamente sobre la *persona* enferma y no sobre su organismo o cuerpo), lo cierto es que todo intento de aquilatar su objeto y fines supone tomar posición doctrinal en las denominadas ciencias del espíritu (*Geistwissenschaften*), ya que *no* es posible precisar la «técnica» psicoterápica sin antes tener un criterio acerca del Hombre, de sus posibles trastornos y de las llamadas «fuerzas curativas» radicadas en la esfera psíquica de su individualidad. Expresado de otro modo: para conocer el *cómo* hay que saber el *qué* y el *para qué*. Mas la búsqueda de éstos plantea a su vez la posesión de otros «cómo» y es por ello que el investigador científico, mal a su pesar, se ve obligado en toda exposición didáctica a recurrir al andamiaje, hipotético del "*como si*"

Aplicando este recurso a nuestra tarea, diremos que, cuando menos provisionalmente, el *objeto* de la Psicoterapia es el hombre *que sufre* o *que hace sufrir*. El de la psicoterapia *médica* -que es el

que ahora nos interesa- resulta ser el hombre *enfermo*, o sea el hombre que sufre o hace sufrir por hallarse privado de hígidez.

En cuanto a los *finés* de la Psicoterapia, en general, son los de suprimir el sufrimiento humano, y los de la psicoterapia médica son los de colaborar con la somatoterapia (o sea la terapia del cuerpo) en el restablecimiento -y a veces incluso el establecimiento- de la normalidad biológica (concebida como el «más perfecto equilibrio dinámico obtenible entre las propiedades del Ser y la mayor eficiencia conseguible en sus reacciones»). Ahora bien, antes de pasar adelante en la consideración detallada de la problemática de esta especialidad -la más joven y compleja de las que hoy tiene la Medicina- será conveniente revisar, brevemente, las principales mutaciones experimentadas por el concepto de «enfermedad» hasta llegar a nuestro tiempo y, también, la evolución de los métodos psicoterápicos hasta llegar a su estado actual.

EL CONCEPTO DE LA «ENFERMEDAD»

Integrando los datos que pueden hallarse en las obras fundamentales de J. Ballard, Mè. Curdy - G. Grant, Haggard, Bromberg y W. Wolff, respecto a la «historia» de la «idea» de enfermedad y los deducidos por Weizsacker, Klages y Prinzhorn en sus análisis psicofilosóficos de la misma (v. bibliografía final), podemos llegar a la siguiente sinopsis que, por lo demás, nos aclarará muchos hechos aparentemente inexplicables (y entre ellos el escepticismo, cuando no la hostilidad, con que muchos médicos acogen todavía a la actuación psicoterápica, que no pocas veces confunden con la simple «charloterapia» o con la terapéutica psiquiátrica).

El hombre primitivo identificó, en los albores de su existir consciente, las alteraciones observadas en su «área corporal» durante los estados emocionales, los de debilidad o fatiga y los de enfermedad, haciéndolos equivalentes signos de amenaza, desvalimiento o sufrimiento que debían ser evitados y temidos. En todos esos estados, junto a la transformación desagradable (disfórica) de su cenestesia, se revelaban molestas sensaciones localizadas en la región precordial y, a la vez, aparecía la elevación cutánea rítmica con el latido de la punta cardíaca. Esto fijó la atención del hombre primitivo en la mitad izquierda de su cuerpo, ya que era en donde

más se localizaban los fenómenos *objetivos* (no solamente visibles, sino *palpables*, cuando aplicaba la palma de su mano sobre la zona) coincidentes con todo malestar. De aquí que un lado del cuerpo -y con él un hemiespacio- adquiriese una significación distinta («siniestra»).

De otra parte, cada vez que el Sol -al cual siempre propendía a mirar- desaparecía, a su *izquierda* (Occidente) las sombras de la noche lo llenaban de frío, soledad y angustia, cuando no de muerte; por el contrario, cada vez que el Sol aparecía a su derecha (Oriente) volvían a él la luz, el calor y la vida. Por ingenuos que fuesen aquellos hombres, pronto se dieron cuenta que el curso de derecha a izquierda -en la bóveda celeste-del Sol correspondía al camino que va del día a la noche, y de este descubrimiento derivaron -por simple conexión asociativa- la creencia de que el Sol era la Fuerza Sobrenatural que todo lo dominaba, que su marcha hacia el hemiespacio izquierdo (ocaso) era tan temible como deseable era su aparición subsiguiente en el derecho. Puestas en relación las dos coincidencias (subjetiva y objetiva) del desvalor del hemiespacio izquierdo, el mundo quedó dividido en dos mitades, cada una de las cuales adquiriría diversa significación mágica (y que aun conservan hoy, como lo prueba la costumbre de «dar la derecha» al invitado y usar la «mano derecha» en nuestras relaciones sociales).

Así se establecieron progresivamente las siguientes ecuaciones significativas:

HEMIESPACIO DERECHO: *Sol = Vida = Luz = Salud = Poder = Calor = Fuerza = Deidad = Bien.*

HEMIESPACIO IZQUIERDO: *Noche = Muerte = Oscuridad = Frío = Desvalidez = Demonismo = Mal.*

El culto al Sol fue la primera manifestación del «temor existencial colectivo» y del «deseo de salvación» que unió a los hombres que por primera vez dejaban de ser «cosas *en el Mundo*» para sentirse «seres *frente al Mundo*». En virtud del principio mágico (basado en la asociación por semejanza) de que *formas iguales o parecidas tienen propiedades iguales o parecidas*, el círculo solar comenzó a ser reproducido toscamente por doquier. Y en virtud de otro principio mágico (basado en la asociación por contigüidad),

según el cual las *formas* (objetos o personas) *que han estado en contacto intercambian sus propiedades*, empezó a colocarse a las personas toda clase de «símbolos mandálicos» (*mandola* es una voz sánscrita equivalente a «círculo mágico») para protegerlas contra la enfermedad y la muerte, asegurándolas su salvación de la «noche eterna». Es así como las prácticas mágicas adquieren significado médico y pronto aparecen vinculados en la persona del mago hechicero los poderes para dominar la «fuerzas del Mal», dando a este término (mal) su doble acepción de *enfermedad* y *desgracia*.

Más tarde, al transformarse la magia en liturgia religiosa y el hechicero en sacerdote, siguen todos los sistemas religiosos vinculando a sus templos la obra de *salvación* y de la *saneación*. La enfermedad es concebida como signo de la cólera divina o como castigo por el pecado; consiguientemente, precisa la ofrenda expiatoria para su curación. En la misma ceremonia se obtiene la depuración del alma y la salud del cuerpo. A través de los diversos sistemas teológicos, perdura, sin embargo, el primitivo simbolismo solar (hoy visible, en la religión cristiana, en infinidad de «mándalas»: la llamada «coronilla» del cura (que reproduce el símbolo solar sobre su cabeza), los rosarios y anillos, las velas y las coronas de los santos, los vasos y cálices y las sagradas formas); incluso la cruz cristiana (derivada de la cruz en aspa de molino) es derivada del símbolo solar, como puede verse en la iconografía reunida por W. Wolff en su trabajo «Una nueva teoría de la vida simbólica» (v. bibliografía final).

Hasta hace escasamente tres siglos, la medicina propiamente dicha, fundada por el Asclepiade de Coos, luchaba impotente contra la creencia de que las enfermedades habían de ser atendidas y tratadas en los llamados «templos hospitalarios» (sabido es que en Francia todavía son bastantes las poblaciones en las que junto a la «Maison de Dieu» (catedral) está el «Hotel de Dieu» (hospital). No obstante, el iluminismo trajo, con las obras de Scott y de Weyer, la decadencia del «siniestro» Demonio en la producción de enfermedades. Se cerró para siempre el «Martillo de las Brujas» (*Malleus Maleficarum*) y se renunció también a los complicados simbolismos litúrgicos de la alquimia y de la astrología, tras de los que C. Jung ha desentrañado asimismo el simbolismo mandálico (solar). Pero nuestras Facultades Médicas conservan todavía el color *amarillo* como recuerdo de sus orígenes, y no son pocos los llamados «círculos médicos» en donde se trata de luchar contra la enferme-

dad, de acuerdo con criterios semejantes a los ya reseñados (nótese que las pildoras, discos u obleas y tabletas son asimismo símbolos mandálicos).

Si ahora analizamos el concepto de «enfermedad» o «enfermo» a la luz de nuestra ciencia actual, veremos, como dice Klages, que a medida que la Medicina ha progresado, aquel ha ido apareciendo más impreciso y difícil de delimitar, hasta convertirse en un simple juicio de valor, o mejor, de desvalor que no permite definición exacta. En efecto, no cabe apoyarse en los conceptos de *norma* o normalidad (frecuencia), puesto que hay enfermedades que son normales (caries dentaria, por ejemplo), ni tampoco en el de síntomas, puesto que éstos, sobre faltar en muchos casos (pentosuria y múltiples afecciones incluso tumorales) no son más que signos expresivos del trastorno morbozo, pero no pueden identificarse con él; tampoco podemos basarnos en el criterio de *lesión*, ya que junto a enfermedades no lesionales hay lesiones que no producen enfermedad propiamente dicha y que incluso pueden favorecer el rendimiento humano (los llamados callos profesionales y diversas hipertrofias y compensaciones vicariantes). Finalmente, tampoco cabe fundamentar el concepto de lo morbozo en la «vivencia de enfermedad» (sentirse enfermo), pues ésta falta en no pocos enfermos graves y se acusa en sanos aprensivos; ni en el coeficiente de vitalidad o «eficiencia biológica», ya que ésta varía notablemente, de acuerdo con factores mesológicos y ritmos tróficos individuales, sin por ello llevar al sujeto a la categoría de enfermo.

En suma, pues, nos hallamos ante el hecho de que precisa adoptar una modesta y humilde postura *empírica* y considerar -como postula Weizsacker- que enfermo es «todo aquel que solicita los servicios profesionales de un médico y éste cree que puede y debe rendírselos».

SÍNTESIS EVOLUTIVA DE LAS CURACIONES POR EL ESPÍRITU

Correspondiendo al dilatado período en que la Humanidad vivió sumergida en el animismo mágico y en el pensamiento ahlógico o prelógico, las primitivas actuaciones psicoterápicas eran concebidas como rituales adaptados en su estructura y expresión a

las rígidas y a la vez evanescentes concepciones del Mundo y sus Fuerzas. Los débiles pero astutos ancianos a quienes era confiada la tarea de sanar los enfermos, desarrollaron una complicada serie de «encantamientos», de medidas restrictivas y de curiosos ceremoniales que llenan las atrayentes páginas de la gran obra de Frazer (*The Golden Bough*) y constituyen al antecedente de las prácticas que aun hoy se usan, en lugares poco civilizados, por los llamados «curanderos». Para conseguir la protección mágica, se trataba de hacer contactar al enfermo con «amuletos», es decir, con objetos dotados de «fuerza curativa», por su parentesco categorial con los Poderes teicos. Más tarde, ya transformada la magia en religión, en los templos de Isis, Osiris y Serapis, la divinidad «conversaba» mediante un inocente procedimiento de ventriloquia, con el espíritu enfermo (lo que demuestra, cuando menos, que uno de los dos personajes de la cura -el Asclepiade- se había liberado ya de la superstición) y no desdeñaba en indicarle reglas higiodietéticas o prescribirle brebajes y darle consejos, al igual que cualquier galeno.

En la Era Cristiana, a pesar de la obra de las grandes figuras de la Edad Media, las curaciones «por el espíritu» revistieron de nuevo el carácter, ciegamente sugestivo, de actos de «purificación» y su fracaso condujo a la Iglesia a usar el expeditivo procedimiento de la combustión ígnea de los recalcitrantes, que eran entonces considerados como «poseídos por el demonio». No deja de ser curioso que siendo éste, por definición, incombustible, se acudiese a tal procedimiento para destruirlo, aun a costa de la vida de la víctima; parece ser, sin embargo, que con ello se perseguía, más que la liberación de ésta, el escarmiento de posibles futuros enfermos. En pleno siglo XV, el papa Inocencio VIII dio una bula laudatoria al libro «*Malleus Maleficarum*», especie de Biblia de los Inquisidores, en el que se concretaban los medios simplistas de «diagnóstico» y «terapéutica» aplicables a tales «poseos», «embruados» o «hechizados» (en su mayoría mujeres o enfermos mentales).

Los albores ideológicos de la Revolución propiciaron un enorme avance en las técnicas de exploración somática (hasta poco antes, como es sabido, estaban prohibidas las necropsias) y gracias a ello volvió a centrarse la Medicina como ciencia natural, desposeyendo a reyes, papas y demás magnates de sus atributos curativos para ponerlos en manos de los humildes barberos que sabían ma-

nejar la lanceta sangradora. Cullen lanza la primera clasificación racional de enfermedades después de varios siglos; no obstante, un nuevo «mándala» -la baqueta de Mesmer- hace rebrotar, decenios después, la «magia» curativa. Esta vez el «maná» se llama «magnetismo animal» y se concentra por doquier: en árboles, varillas, botellas, etc. De todas suertes, empiezan ya a precisarse las esferas de acción de la Psicoterapia y Somatoterapia; a nadie se le ocurre ya, a fines del siglo XVIII, utilizar las fuerzas curativas del «espíritu» para tratar un «cólico miserere»; los pacientes de «cálculos» prefieren la adormidera a las oraciones.

En el siglo pasado, la terapia sugestiva -única forma conocida de la Psicoterapia- se centra alrededor del hipnotismo, cuya vida (de Puysegur a Bernheim) solamente se ve comprometida por el rebrote de la terapia religiosa, pero esta vez con menos fuerza, pues ya no cuenta con el apoyo «oficial» de los altos poderes eclesiásticos. No obstante, la llamada «Christian Science», en pleno auge en Norteamérica, y también en Inglaterra a principios del novecientos, hace pensar en que la Psicoterapia puede volver a sumergirse en un credo religioso. Pero al propio tiempo que esto ocurre, los conocimientos psiquiátricos progresan enormemente, triunfa la concepción «cerebral» de la mente humana y empieza a formarse el edificio de la Psicología Profunda, gracias a la ingente obra de Freud.

El psicoanálisis, la persuasión (Dubois) y la llamada «medicina moral» (P. Janet) introducen por primera vez una concepción científica (con aspiración lógico-sistemática) en el campo psicoterápico. Se precisan los llamados «mecanismos» de la cura mental y se comprende, por vez primera, que cada tipo de enfermo necesita preferentemente un tipo de psicoterapeuta, un tipo de técnica y, a ser posible, un «marco ambiental» adecuado para ser sensible al influjo psíquico curativo.

En la actualidad, la Psicoterapia se integra a la Psicohigiene, del propio modo como la Medicina a la Profilaxis; una compenetración más íntima de la comunidad de sus problemas ha hecho vincularse a médicos psicoanalistas, pedagogos, sociólogos, juristas, psiquiatras y psicólogos consultores en la *obra de ayuda y conducción del «Homo socialis»*: la Psicoterapia se ha hecho predominantemente *educadora, correctora y psicagógica*. Por ello se ha vuelto también un tanto *normativa* y se ha desinteresado del «accidente» morboso-sintomático para enfocar, en toda su dimensión, el problema del

encaje del Ser-en-el-Mundo y el Vír/en-el-Mundo. De aquí se deriva, como afirma Prinzhorn, un mayor ámbito y una mayor responsabilidad de acción, que trasciende de los límites de la Medicina y abarca ya los de la Filosofía Científica: el psicoterapeuta actual ha de tender a ser nada menos ni nada más que el Súper-Hombre de Nietzsche. ¡Pesada y excesiva tarca para sus débiles fuerzas, pero inmenso estímulo para su vocación!: en esta joven y compleja disciplina radica, en suma, la esperanza de convertir nuestro actual «valle de lágrimas» en otro de «paz y alegría», como señala Samuel Hartwell, en su discurso presidencial de la American Orthopsychiatric Association.

DIFERENCIAS FENOMÉNICAS ENTRE «SER», «ESTAR»,
«SENTIRSE» Y «VIVIR» ENFERMO

Hemos visto antes que el concepto de «enfermedad» es ya inservible para la Medicina actual y tan sólo puede conservarse, como término heurístico, en su acepción popular. Debemos, pues, tratar de precisar los contenidos fácticos que aquél trata de englobar. Esto es tanto más necesario, cuanto que el psicoterapeuta se encuentra específicamente interesado en aportar «claridad y distinción» en su campo de actuación, para que no pueda ser tildado de ingenuo, pretencioso o de simple charlatán.

Desde un plano fenoménico, resulta evidente que precisa, cuando menos, diferenciar los cuatro significados del «ser», «estar», «sentirse» y «vivir» enfermo:

Un hombre «es» enfermo cuando posee *consustancialmente* (entiéndase: constitucionalmente) una insuficiente vitalidad, una defectuosa integración de su unidad funcional o una desviación de su plan de maduración evolutiva que lo llevan inexorablemente a quedar separado por debajo del promedio de *eficiencia biológica* característica de su generación. Unas veces existirán en él, visibles, alteraciones objetivas, morfológicas o bioquímicas que señalarán (en forma de lesión estática o disfunción dinámica) su condición patológica; otras, ésta solamente se evidenciará de un modo esporádico, cuando circunstancias mesológicas pongan en marcha forzada sus dispositivos reaccionales y manifiesten la defectuosa *calidad estructural* de los mismos. Hay un «ser» enfermo,

de este segundo tipo, que interesa de un modo singular al psicoterapeuta: el llamado «disarmónico» o «psicópata».

Un hombre «está» propiamente enfermo cuando en un *momento* o *período* de su curva existencial se produce, en su organismo o en su persona, una *alteración* tal que, en uno o en varios de sus planos funcionales, se originan la insuficiencia, la desintegración o la desviación a que antes nos hemos referido y, por ende, disminuye su *eficiencia vital* (aun cuando pueda circunstancialmente -como ocurre, por ejemplo, en los estados maníacos- aumentarse o acelerarse el ritmo de sus procesos y reacciones psicobiológicas).

Un hombre «se siente» enfermo, independientemente de que lo esté o no, cuando autopercibe («se da cuenta» o «conciencia») algún signo vivencial correspondiente a la zona somática o al área tímica de su individualidad y lo *interpreta* como indicador de un estado patológico (al no considerarlo producido por modo natural, habitual, de reacción ante un estímulo o situación anormal). Según que ese signo o conjunto de signos, proceda del campo sensorial (extraceptivo), mioarticular (propioceptivo), o visceral (intraceptivo), la vivencia morbosa adquiere una u otra tonalidad, intensidad, localización y duración, pudiendo oscilar (el juicio resultante) entre el temor o «sospecha» y la creencia o «certeza» de sufrir un estado morboso.

Finalmente, un hombre «vive» enfermo cuando la noción de que lo está alcanza tal grado de prepotencia en el campo de su conciencia, que desplaza a los demás contenidos de interés, enfoca hacia sí la capacidad autoscópica (es decir, el poder de auto-observación) y, a la vez, supedita la conducta y cambia la perspectiva total del sujeto ante su momento vital. Fácilmente se adivina que no es lo mismo vivir enfermo que vivir «como» enfermo: para lo primero, se necesita sentirse enfermo; para lo segundo, basta con aceptar que se está o que se es enfermo, o tener interés en parecerlo.

Los dos primeros hechos (ser o estar enfermo) son objetivos, y como tales parece que habrían de ser siempre apreciados por el médico, mas no es así, ya que este requiere para denotarlos el descubrimiento de los signos sintomáticos que los revelen y ello *no* es cosa fácil en muchos casos. En cambio, el facultativo puede disponer siempre de la expresión (verbal o mímica) del tercero, a pesar de ser eminente subjetivo; y también le es dado comprobar casi siempre el cuarto, cuando se produce. En ambos, sin embargo, necesita para hacerlo del concurso *voluntario* del paciente y en ello

estriba, precisamente, una de las más frecuentes causas de error diagnóstico, que por sí sola justifica la necesidad de la enseñanza de la Psicología Médica: *resulta que lo que el enfermo muestra más aparentemente ante el facultativo no es, por regla general, su lesión o sus disfunciones, sino, en el mejor de los casos, el efecto que, aquella o éstas, le ocasionan en su autognosis (conciencia individual)... y aun esto lo ha de revelar a través de un lenguaje francamente impreciso (ya que corresponde a vivencias no frecuentes ni genéricas).*

Ahora se comprende la influencia que la debida apreciación de las diferencias antes establecidas ha de tener, por parte del enfermo y del médico, en la determinación del curso morbo. Por parte del enfermo ocurrirá que si lo *es* (constitucionalmente hablando), no se sentirá serlo, ya que le faltará el *contraste* necesario para apreciar directamente su anomalía y puede en tal caso incluso suceder que, al notar objetivamente las diferencias que le separan de los demás, proyecte sobre éstos la tara, en vez de reconocérsela a sí mismo (tal ocurre con infinidad de psicópatas, oligofrénicos, deficitarios sensoriales, etc.); la consecuencia de ello será no solamente su resistencia a dejarse tratar, sino su tendencia a reaccionar violentamente contra quienes intenten ayudarlo terapéicamente. Si, de otra parte, a un estado morbo con sus correspondientes vivencias patológicas no corresponde una decisión de suprimirlo por parte de quien lo tiene, puede ocurrir que o su portador no altere su régimen habitual de vida (y en tal caso lo prolongue o lo empeore) o que se habitúe a él hasta el punto de hallar -en su nuevo y morbo modo de existir- más aliciente que en el antiguo (tal ocurre, por ejemplo, en las denominadas «perversiones», «toxicomanías» y en no pocas psiconeurosis).

En cuanto al médico, no hay duda de que sus dos principales tareas son, precisamente, las de separar, en primer lugar, las alteraciones *objetivas* y las *subjetivas* y, en segundo término, las permanentes o constitucionales y las *accidentales* o adquiridas. Tal separación es mucho más importante que la que hasta ahora se establecía entre los llamados síntomas psíquicos, lesionales y funcionales, primarios (patogénicos) y secundarios (patoplásticos), cualesquiera que sea la anomalía observada. En efecto, estas tres últimas dicotomías se basan en criterios conceptuales, en tanto que las dos primeras, aun siendo también hasta cierto punto heurísticas, tienen un sólido y real apoyo fáctico: son alteraciones subjetivas (*Subjektive Klagen* de Jaspers, o «quejas» subjetivas), las que el sujeto *verbalmente expresa* como indicios de sus viven-

cías morbosas; son, en cambio, alteraciones objetivas (*Objektive Beschwerden*) las que el médico o psicoterapeuta denota a través de su activa exploración y que corresponden a modificaciones vitales ignoradas o no expresables intencionalmente por el sujeto. Asimismo, son alteraciones *permanentes* las propias o *características* de su dinamismo biológico y por tanto *pre-existentes*, presentes y *consecuentes* a su actual estado. En cambio, son *accidentales* las que no podían denotarse en su existir premórbido ni tampoco persistirán un vez que haya desaparecido el trastorno motivante de la intervención facultativa.

En la medida en que en un cuadro morbozo *predominan las alteraciones subjetivas sobre las objetivas* se desplaza el acento calificador del mismo hacia el campo de la psicogénesis y aumenta, por tanto, la necesidad de una intervención *psicoterápica* (lo que, no obstante, no presupone una mayor benignidad del pronóstico, como muchos creen). Análogamente, en la medida en que *predominan las alteraciones permanentes sobre las accidentales* habrá que pensar más, que el reajuste vital haya de hacerse -cualquiera que sea el trastorno existente- mediante la modificación de las condiciones ambientales y menos mediante el cambio de las disponibilidades reaccionales del sujeto. O dicho de otro modo: cuanto mayor sea la importancia de la tara genotípica en la producción de un estado morbozo, tanto menor será el efecto del «ataque terapéutico» al núcleo morbógeno, y tanto más será necesario buscar el equilibrio vital a expensas de la adecuada modificación de las «condiciones» en que el sujeto va a seguir viviendo.

No hay duda que el ideal terapéutico en que en lo posible coincidan los grados de «estar», «sentirse» y «vivir» enfermo, pues en tal caso no habrá falta de ajuste entre el juicio que el médico se forme del enfermo y el que éste tenga de su propio estado, lo que facilitará enormemente la tarea curativa. Tan pronto como se desequilibren en uno o en otro sentido esos tres factores, surgirá el desacuerdo entre las actitudes del terapeuta y el paciente y será necesario que el primero consuma una buena parte de sus energías en la previa labor de conseguir que el segundo tome *artificialmente* la justa y conveniente postura ante su trastorno. Schilder, en su reciente *Psicoterapia*, señala cuan difícil es que en la práctica se obtenga la anterior coincidencia y explica cómo precisamente en los estados morbosos *más graves* acostumbra a faltar casi por completo la vivencia de los mismos, al paso

que ésta se acusa con caracteres impresionantes en otros que son casi insignificantes.

Más adelante daremos la explicación de esta discordancia y basaremos en ella las normas a seguir en las actuaciones psicoterápicas. Ahora solamente nos queda decir (para terminar de hacer ver la importancia que tales hechos tienen en la determinación del curso morbo), que, en definitiva, lo que determina que el paciente acuda al médico en busca de alivio o curación no es ninguno de ellos aisladamente, sino la *creencia de que el terapeuta pueda serle útil*.

Así, pues, la existencia de un trastorno morbo en un sujeto tiene menos importancia que su reacción ante él para determinar, o no, que aquél se «ponga en manos de un médico». Porque este «ponerse en manos» representa adoptar una submisiva y pasiva actitud -de verdadero *paciente*- ante el terapeuta; ello es tan difícil, que pocas veces se consigue y aun entonces también precisa evitar que por una sobreestimación del poder (mágico) del médico, el enfermo lo espere todo de él y no luche por su parte para vencer su desequilibrio. Obtener el adecuado encauce en esta *relación interpersonal* para la obra en común, es decir: conseguir que la *sociedad privada* (bipersonal) del médico y el enfermo funcione adecuadamente es, sin duda, algo que requiere unas grandes condiciones psicológicas por parte del terapeuta y que no puede reemplazarse por una superabundancia de otras cualidades técnicas. No haberlo apreciado así hasta ahora es la causa de que multitud de «curanderos» tengan mayor clientela y obtengan mejores éxitos que no pocos catedráticos de Medicina.

En suma; el psicoterapeuta médico no ha de buscar la etiqueta diagnóstica ante el enfermo, sino la amplia e integral comprensión de los fenómenos (subjetivos y objetivos, permanentes y accidentales) que le han conducido a necesitar su ayuda. Ha de ver, entonces, cuáles son las correspondencias que existen entre ellos, ha de estudiar las actitudes de reacción personal de su paciente frente al hecho morbo, frente al ambiente en que éste se desarrolla y frente a la propia intervención terapéutica. Entonces y sólo entonces establecerá la pauta de modificaciones que precisa hacer en el sujeto, en su ambiente y su relación personal con él para obtener el máximo beneficio con la formulación de un plan terapéutico, de un plan de vida y de un plan social (de «rapport» bipersonal «sui generis») convenientes.

BIBLIOGRAFÍA

- JAMES BALLARÜ: *A Descriptive Outline of the History of Medicine [from its Earliest Days to 600 B. C. Ann. Med. Histor>. Vol. XI. 1924.*
- Mc.CIRDV - G. GRANT: *Human Originis. A Manual of Prebistory (N. York). 1924.*
- W. HAGGARD: *Demonios, drogas v médicos. Trad. esp. J. Gil. Bs. Aires. 1940.*
- WEIZSACKER: *Kreamr. 1 Bd.*
- KLAGES: *Psychopathologie Générale. F. Alean. París. 1933. Trad. fr.*
- PRINZHORN: *Psychotherapie. Voransetzungen. Wesen. Grenzen. Leipzig. 1929. Thieme.*
- FRAZÍR: *The Golden Bough. Me. Millan. Londres. 1932.*
- C. JLONG: *The Integration of the Personalitv. Farrar & Rinchart. N. York. 1939.*
- P. SCHN.DHR: *Psychoterapy. Norton, Nueva York. 1938.*
- SAMUEL W. HARTWÜLL: *Presidential Address. 1940 Meeting of the American Orthopsychialrie Assoc. A. S. of Orthops. Abril de 1940.*

CAPITULO II

Bases científicas de la Psicoterapia. - Relaciones de la Psicoterapia con la Psicología Médica, la Psiquiatría, la Higiene Mental y la Somatoterapia. Límites de la Psicoterapia y la Holoterapia.

Hemos visto en el capítulo anterior que el afán de curarse el hombre sus dolencias recurriendo a fuerzas no físicas (las llamadas «fuerzas curativas del espíritu») es casi tan antiguo como su historia. No obstante, por la falta de una concepción sólida y exacta de la naturaleza de sus trastornos, todos los intentos realizados hasta hace medio siglo para conseguir tal finalidad psicoterápica no merecen, en modo alguno, la consideración de científicos.

Otro es el caso en la actualidad, cuando la Medicina es integralmente psicosomática y la Psicoterapia ocupa, cuando menos, el mismo rango que la Somatoterapia en la actuación médica. ¿Cuáles son las bases que han hecho posible este cambio? Prinzhorn, en un libro de profunda significación titulado: *Psychoherapie: Voraussetzungen. Wesen. Grenzen* (Principios, esencia y límites de la Psicoterapia. Ed. Thieme. Leipzig. 1929) las formula con sin igual claridad y precisión pero con excesivo teoricismo, incompatible con nuestro práctico empeño. En suma puede decirse que lo que da carácter científico a esta disciplina es el hecho de poseer en la actualidad una concepción *psicobiosocial del hombre*, de sus fines y medios de vida, de sus posibilidades de desviación y de readaptación social, de los dinamismos que en él permiten la recíproca influencia o correspondencia de sus diversos planos funcionales y, por fin, de las *técnicas de que podemos valemnos para conseguir en cada caso la óptima compensación o armonía* entre ellos, de suerte que se obtenga el equilibrio interno y a la vez el equilibrio externo, es decir, el ajuste entre el Individuo y su *Mundo* (ya que en realidad cada sujeto, incapaz de percibir el medio si

no es a través de sí mismo, posee una peculiar imagen cósmica sin el conocimiento de la cual, y a veces su transformación, es imposible asentar una obra psicoterápica sólida).

Es así como la Psicoterapia trasciende de la simple ciencia natural que ha sido hasta ahora la Medicina, ya que decidida a ocuparse del Hombre ha de admitir en él aspectos existenciales que desbordan sus necesidades vitales; éstas quedan aseguradas por los mecanismos fisiológicos, instintivos y automáticos, cuya acción se acusa en el plano del autoconocimiento bajo la forma de impulsos y emociones. A esta parte de la individualidad, ligada con el afianzamiento y la perpetuación natural de la vida misma, la designan de diverso modo los autores, pero todos coinciden en que no se agota en ella la totalidad del Ser Humano. En efecto, además de la *Persona Vital* (Biopsique, Timopsique, Ello, Persona Profunda, *Homo Natura*, Alma o Entelequia animal, Anima o conjunto de funciones globales cuyo control depende fundamentalmente del denominado cerebro intermedio o afectivo) existe en el individuo la *Personalidad Espiritual* (Axiopsique, Noopsique, Holopsique, Coinopsique, Persona social, *Homo cogitaos et socialis*, Super-Yo) que aparece guiada por la *razón* y por el *deber* (imperativo categórico kantiano). Y entre ambas esferas (bioesfera y esfera introceptiva de Stern) se desarrolla, en forma sinuosa y perpetuamente oscilante, la actividad del Yo propiamente dicho, que es un poco demonio y un poco ángel, un poco bestia y un poco superhombre, un poco estúpido y un poco vidente, un poco tímido y un poco audaz, realizando así el mejor ejemplo que pueda citarse de *síntesis de contrarios*. Haber descubierto este carácter antinómico, contradictorio perenne, del Hombre y haber demostrado que su plano vivencial o consciente (también llamado «yoico») constituye simplemente la superficie de intersección y contraste en la que se reflejan los vaivenes de las poderosas energías reversibles que constituyen la individualidad, es el mérito principal de la escuela psicoanalítica y *es lo que ha hecho factible la comprensión profunda de las acciones humanas y de sus motivaciones, dando entrada a la psicoterapia científica*. La síntesis humana de tan heterogéneos factores es no obstante tan perfecta o más que la de cualquier otra individualidad biológica: así, un árbol, por ejemplo, constituye un símbolo adecuado de la célebre «unitas múltiplex» o «Multiplex quia unus» de la individualidad biológica: ¿Qué tienen de común, a primera vista, sus raíces hincadas en el

suelo, asquerosas, retorcidas y mugrientas, y sus flores, tendidas hacia el Sol, delicadas y bellas? Y no obstante, si de las raíces pasamos al tronco, de éste a sus ramas, de ellas a las hojas y en su derredor miramos los capullos nos convenceremos de que elementos tan aparentemente dispares integran un mismo ser, el cual, de otra parte, no podría vivir si no existiesen todos ellos, ya que la aparentemente extraña y estéril flor contiene no sólo el fruto sino, con él, el germen del nuevo árbol. Así, el hombre no puede vivir sin sus raíces pasionales, hincadas en la animalidad, ni tampoco sin sus elucubraciones más abstractas y fría-mente racionales. El error de la Psicoterapia hasta hace poco había consistido en ser demasiado parcial y querer basarse en un solo sector -el pasional o el racional, el animal o el divino, el mágico o el lógico- del individuo humano, cuando éste requiere siempre un tratamiento *integral e integrante*, capaz de actuar a todos sus niveles y de no perder, sin embargo, el concepto de su constante síntesis.

Ello implica, por lo demás, una constante y adecuada imbricación de los recursos psicoterápicos y somatoterápicos, es decir, de las armas psicológicas y las bioquímicas y fisicoquímicas: tan importante es el bisturí como una vacuna, la vitamina B₁ como el masaje, la quinina como una frase oportuna en Medicina. Comprendida en tal extensión la Psicoterapia actual se nos presenta con un rico bagaje de técnicas que hasta hace pocos años no eran ni sospechadas siquiera: y al propio tiempo se realiza no sólo en el ambiente médico (despacho, clínica o a la cabecera del enfermo) sino por doquier el sujeto enfermo deambula y por quienquiera que con él contacte de un modo estable. El psicoterapeuta ha de tender, en efecto, una invisible red psicológica que rodee a su cliente y lo proteja y reajuste en todo momento; para ello ha de dejar de actuar individualmente y *ha de intervenir familiar y socialmente*. Éste es otro de los caracteres distintivos -y no el menos importante- de su gran complejidad científica ya que, como presto veremos, ello obliga a quien la realiza a poseer conocimientos y aptitudes en disciplinas bien alejadas, aparentemente, de la habitual esfera médica.

Con el fin de dar desde ahora una idea de las dificultades que todavía precisa vencer la Psicoterapia para considerarse definitivamente asentada vamos a considerar con algún detalle los problemas normativos que limitan su validez científica actual:

Dijimos en el capítulo anterior que el ideal de la Psicoterapia era la supresión del sufrimiento humano y la obtención del estado de equilibrio eufórico y recíproco entre el Ser y su ambiente psicológico. Ahora bien: ello supone resolver los conflictos interhumanos; acertar con la fórmula de organización familiar, económica, social y política perfecta, que permita conciliar los tan a menudo contrapuestos o incompatibles intereses y deseos de los habitantes del planeta. Pero ésta es, ante todo, la faena de filósofos, moralistas, sociólogos economistas, psicólogos, biólogos y políticos que, por desgracia, no la enfocan desde un punto de vista psicoterápico. Y, de otra parte, suponiendo que fuese posible hallar tal fórmula, habría aun que poseer los medios de inyectarla y hacerla aceptar con placer a todas las nuevas generaciones, lo que plantea un ingente problema pedagógico, que tampoco está en manos del psicoterapeuta el resolver. De aquí que este último haya de actuar como elemento interpolado entre los que con él intentan ocuparse de la dirección de la conducta humana; sin olvidar los técnicos de las diversas religiones que constantemente interfieren para proclamar que esta vida es «puro tránsito», mero accidente preparatorio de una eternidad bienaventurada u horrible. En tales condiciones, lo que en la *realidad práctica* cabe hacer al psicoterapeuta es bien distinto de lo que en su realidad teóricoespeculativa intuye. Incluso a veces habrá de llegar a la escéptica conclusión -confirmada por algún sistema filosófico ultramoderno- de que la neurosis o la psicosis es, en definitiva, un «mal menor», que «peor es menealla» y que el violentar demasiado una personalidad acostumbrada a existir así puede ocasionar en ella peores efectos que los que la conllevancia de su desadaptación le ocasiona. Al fin y al cabo el hombre «es un animal de costumbres» y ocurre en este aspecto lo que en muchos otros: *prefiere vivir mal a su manera que bien a la manera de los demás.*

No obstante, a un tal nihilismo terapéutico sólo puede llegarse en muy contadas excepciones, cuando veamos al sujeto muy ligado a un ambiente del cual se hace casi imposible desprenderle y sorprendamos, de otra parte, en sus disposiciones genóticas, la posibilidad de desviaciones peores que las actualmente existentes (se podría hablar de una «neurosis profiláctica»)- En tales casos, la ruptura del núcleo neurótico y la desaparición de su máscara o persona fictiva deja ver con mayor claridad la pobreza de su trama constitucional hasta la que no puede llegar nuestra acción: algo

así como ocurre al esforzarnos en quitar una mancha en una tela mala, en la que sólo conseguimos hacer un agujero. Más afortunadamente, aun entonces, cabe mitigar un tanto la desadaptación y actuar aportando, al menos, un consuelo y una esperanza.

De otra parte, surge un inconveniente mayor para la acción psicoterápica: ¿en nombre de qué principio va a reclamarse al enfermo, si éste se halla satisfecho o resignado a su suerte, la obra de reforma de su personalidad? La respuesta parece fácil cuando el paciente tiene familia; pero lo es menos cuando la ha perdido o es incompatible con ella. Entonces, sólo queda apoyarse en una concepción más o menos abstracta de sus *deberes humanos* (imperativo categórico kantiano) en una invocación a los beneficios del *fortalecimiento* individual, del «ser más y mejor» o en la busca de la llamada «alegría del vivir», solamente obtenible cuando se vive en paz consigo y con los demás, bajo el signo del amor creador, del *Eros paidogogos* platónico. La primera actitud es más o menos claramente seguida por Allers, por Jung y Kunkel; la segunda es adoptada por Adler, Kronfeld y, hasta cierto punto, también por Adolf Meyer; la última es seguida por Prinzhorn, Binswanger y en buena parte por Schilder.

En suma, como ya hemos anticipado hace años en nuestros trabajos acerca de la conducta moral, la Psicoterapia científica se basa para su actuación en *vincular el esfuerzo del enfermo a la satisfacción de una de sus emociones primarias*, de suerte que en vez de ser éstas motivo de su desviación lo lleven a reintegrarse a la salud; se obedece un deber por el *miedo* al castigo, al pecado o al remordimiento de la propia conciencia; se sigue un plan médico y se lucha contra los síntomas por el coraje o *rabia* que se despierta en el ser al verse en condiciones de inferioridad, cuando se siente el impulso de poder y de afirmación en el medio; se apresta el sujeto a reformar su personalidad por el deseo de disfrutar o gozar del inefable *amor*. El buen psicoterapeuta será aquél que maneje el teclado emocional de su enfermo con más habilidad para lograr que la enorme fuerza que contiene se oriente y converja en el cumplimiento del más acertado plan de vida. Esto es tan verdad que podríamos definir, desde el punto de vista *técnico*, la Psicoterapia científica diciendo que *es la utilización de la Psicología para lograr efectos curativos mediante un reajuste de las actitudes emocionales*.

RELACIONES DE LA PSICOTERAPIA CON LA PSICOLOGÍA MÉDICA

El concepto de nuestra disciplina se precisará más al estudiar los límites que la separan de sus congéneres. La que con mayor facilidad puede imbricarse con ella es, sin duda, la Psicología Médica. Ésta, no obstante, ha de ser definida como el *conjunto de conocimientos y reglas psicológicas aplicables para conseguir el mejor rendimiento de la Medicina*. Ello supone intervenir no solamente sobre los enfermos sino sobre quienes los asisten, sobre los sanos y, no en escasa medida, sobre los propios médicos, ya que todos estos elementos se encuentran involucrados en la dinámica médica. Así, la formulación de las normas para un *aprovechamiento psicológico* de los recursos técnicos de la clínica y el laboratorio, el estudio de las normas para obtener una buena selección y preparación del personal subalterno, el planeamiento de una buena campaña de divulgación o profilaxis que haga cambiar la actitud del público frente a un determinado problema médico, son otras tantas modalidades de aplicación de la Psicología a la Medicina que caen dentro del campo de esta rama científica la cual, en la práctica, se subdivide en dos: a) nociones de psicobiología para médicos; b) psicotecnia médica. Por un abuso inaceptable, no obstante, son bastantes los autores de libros de Psicología Médica que añaden a sus textos una sección propiamente psiquiátrica, en la que estudian la psicopatología e incluso la clínica de diversos desequilibrios mentales, más o menos comprensibles. Como fácilmente se adivina al psicoterapeuta interesa sobre todo la primera parte de la Psicología Médica, o sea la que le proporciona una visión sistemática del hombre concebido como *ser dotado de una actividad intencional y significativa*, capaz de manifestarse en distintos planos y aspectos funcionales, unos acompañados de autoconocimiento y otros no. Para este efecto juzgamos excelente la obra de Schüder (Medizinische Psychologie) cuyos capítulos referentes al estudio de la percepción, de la acción y el lenguaje, del impulso la voluntad y la conducta, del Yo y la personalidad y de las emociones y vivencias son fundamentales. Puede decirse que la Psicología Médica es a la Psicoterapia lo que la Fisiología humana es a la Somatoterapia: el antecedente obligado.

PSICOTERAPIA Y PSIQUIATRÍA

Si cabe distinguir claramente los términos del par anterior, mucho más hay que diferenciar los de éste. En efecto, la Psiquiatría hay que concebirla como *la rama de la Medicina que estudia las perturbaciones morbosas de la actividad psíquica (en sus aspectos: implícito y explícito) con el fin de corregirlas*. Así como la Psicología Médica era el antecedente indispensable de la Psicoterapia, en su aspecto conceptual, ésta, a su vez, pasa a formar una parte de la Psiquiatría (no mayor, sin embargo que la que tiene en el resto de la Patología) englobada en el capítulo de la *terapéutica psiquiátrica*. Puede parecer exagerado que no la concedamos más importancia, pero ello se aclarará cuando afirmemos que *las grandes psicosis son siempre consecutivas a somatosis* y por tanto aceptemos la gran paradoja de que la Psiquiatría propiamente dicha es quizás más tributaria de la Psicopatología y de la Somatoterapia que de la propia Psicoterapia (!). Con esto queremos significar que, dada la actual orientación de la Medicina, la Psicoterapia ha de aplicarse en tanta menor escala cuanto más groseramente aparece el fondo orgánico lesional de un curso morbooso y desde este punto de vista tiene más campo para recorrer en el vastísimo dominio de las alteraciones funcionales del soma, en general, que en el de las perturbaciones histopatológicas del cerebro (en la que solamente podrá tener un papel auxiliar o coadyuvante del plan terapéutico general). Sin embargo, el conocimiento de la Psiquiatría es indispensable al psicoterapeuta, ya que, cuando menos, le servirá para conocer los límites de su actuación en cada caso; por haberse lanzado a ejercer de psicoterapeutas personas profanas en Psiquiatría (tal es el caso de no pocos psicoanalistas, hipnólogos, etc.) se han perdido oportunidades de curar a muchos epilépticos, neuroluéticos, encefalíticos, etc., cuya fenomenología mental grave era la expresión de una alteración no menos grave de su textura nerviosa. En cambio, por una inversa audacia, muchos neurólogos se hallaban haciendo perder lastimosamente el tiempo a un ejército de psiconeuróticos y psicópatas que acuden a ellos para que no se diga que sufren de la mente sino de los nervios y a los que la medicación fisicoquímica, electroterápica, etc., no puede, en modo alguno, llevar a la normalidad.

PSICOTERAPIA E HIGIENE MENTAL

Al proponerse la Psicoterapia moderna no sólo la desaparición de la «luchada sintomática» que presenta el paciente, sino la reestructuración de su personalidad y de su modo de vivir en evitación de ulteriores desadaptaciones, ha establecido un nexo indisoluble con la Higiene Mental, del propio modo como la Somatoterapia lo tiene con la Higiene Corporal. La línea de transición entre la obra curativa y la profiláctica es tanto más difícil de establecer en Psicoterapia cuanto que muchas veces con la misma actuación (un afortunado razonamiento o un bien logrado y sugestivo cambio de actitud, una modificación del tipo de vida, de las relaciones sociales, etc.) se consigue suprimir el trastorno y evitar su reaparición. Cada vez más unen a estas dos actividades los principios de la pedagogía. En efecto, tanto la obra psicoterápica como la psicosomática son, ante todo, de *formación, propulsión y compensación*: de las mejores reacciones obtenibles en el hombre, *considerado como un ser social*. La única diferencia que las separa es que la primera actúa sobre hombres supuestamente enfermos y la segunda sobre hombres supuestamente sanos, más si se tiene en cuenta la artificialidad de la separación entre los conceptos de salud y enfermedad, especialmente en el terreno psíquico, se comprenderá cuán íntima es en realidad la vinculación de ambas. Solamente las separa, de otra parte, el hecho que la higiene mental comporta la supresión de influencias fisicoquímicas capaces de alterar el equilibrio mental y en este aspecto *se funde con la higiene corporal* al luchar contra las denominadas «enfermedades evitables» (intoxicaciones, infecciones, abusos orgánicos, etc.) en tanto que la psicoterapia, como sabemos, se funde con la somatoterapia para curar o aliviar a multitud de enfermos crónicos valetudinarios, en los que se observa el denominado «círculo vicioso somatopsíquico».

En la práctica las relaciones entre estas disciplinas se han hecho aún más íntimas por no haberse limitado la higiene mental al terreno meramente profiláctico y haber invadido la zona de la asistencia a los enfermos mentales. H. Kogerer, al tratar este tema en la obra de Erwin Stransky (*Leitladen der psychischen Hygiene*) señala cómo es incluso posible utilizar algunas de las técnicas puramente psicoterápicas (persuasión, sugestión, etc.), con fines psicosomáticos y viceversa, mas el mejor ejemplo del parentesco entre ambas actuaciones nos lo da la obra de A. Adler: *Heilen und*

Bilden (Sanar y Formar, es decir, Curar y Educar) en la que se las desarrolla simultáneamente.

PSICOTERAPIA Y SOMATOTERAPIA

Aparentemente opuestas (ya que la somatoterapia, inversamente a la psicoterapia aspira a curar, incluso las enfermedades mentales, por medios fisicoquímicos, que obran directamente sobre el soma humano) estas dos modalidades terapéuticas se complementan hasta el punto de que nunca deben ser empleadas totalmente aisladas una de otra. El médico ante un enfermo cualquiera no ha de preguntarse si usará una u otra sino cómo ha de emplear una y otra. Así vemos que la denominada terapia ocupacional (juegos, gimnasia, trabajo, etc.) integra a los recursos físicos del ejercicio y sus efectos psicológicos para conseguir mejorar indistintamente a enfermos mentales y enfermos somáticos crónicos; multitud de cuadros psiconeuróticos son abreviados en su curso mediante el hábil uso de la terapia chocante -netamente química en sus efectos inmediatos pero psíquica en las reacciones individuales que ulteriormente provoca- en tanto que muchos trastornos fisiógenos viscerales (cardiopatías, gastro y enterodisfunciones, disendocrinias, etc.) son tributarios del empleo de la denominada psicoterapia catártica y relajadora (combinación de psicoanálisis y entrenamiento autógeno, a lo Schultz o de psicoanálisis e hipnosis, a lo Heyer). De otra parte, *no hay un solo recurso somatoterápico que a la vez no ejerza una influencia psicoterápica*. Cualquier médico experimentado sabe que los *prospectos* que acompañan a las medicaciones específicas -y que son devorados por los ojos del enfermo con mayor fruición que éstas por su boca- tienen muchas veces más efecto curativo que sus ingredientes substanciales. *La expectación de un efecto crea este efecto* en una mayoría de casos; cuando el enfermo se dice: «esto me va a aliviar, o me va a curar» puede afirmarse que *se* está curando ya (Dubois ya formuló hace muchos años esta idea en su libro: «La Foi qui guerit»). Basta fijarse en que la palabra *creo* significa el presente indicativo, personal, del verbo *creer* y el del verbo *crear*, indistintamente (de donde, creer en la cura y crear la cura son, muy a menudo, equivalentes).

Si no fuesen suficientes las consideraciones antes apuntadas para convencernos, aduciremos los resultados que en su día se ob-

tuvieron en multitud de trastornos con la *electroterapia*, recurso aparentemente físico, del que no obstante hoy sabemos que actuaba principalmente reforzando la sugestión terapéutica, por atribuirle entonces la gente un poder casi mágico, hoy ya desaparecido al haberse popularizado su uso y haberse «domesticado» su empleo. Algo análogo sucedió con las célebres «aguas radioactivas» y ocurre en parte con las misteriosas vitaminas. Bien venidas sean, no obstante, estas «modas» fisioterápicas en tanto sirven para reforzar el tono con que la individualidad se apresta a vencer sus flaquezas. Lo mismo puede decirse de los indudables efectos que en ambientes locales consiguen sobre enfermos somáticos las mil y una medicaciones que se difunden por la prensa como «remedios infalibles» contra tal o cual grave trastorno (cáncer, tuberculosis, etc.) y que al ser trasplantadas a un ambiente «psicológicamente neutro» y quedar reducidas a su verdadero efecto físico-químico se desvanecen rápidamente y caen en la sombra de un piadoso olvido.

La medicina integral requiere, pues, la adecuada y constante combinación de todas las formas y recursos terapéuticos debidamente manejados y combinados frente al caso individual. Si el médico general ha desdeñado hasta ahora el uso de la Psicoterapia científica, no caigamos en su propio error y queramos proclamar a ésta como disciplina independiente, con lo que perpetuaríamos la actitud cartesiana, dualista, que tanto daño ha hecho durante los últimos siglos al progreso de nuestra Ciencia.

RELACIONES DE LA PSICOTERAPIA Y LA HOLOTERAPIA

He aquí un problema delicado y acerca del cual conviene expresarse con claridad y precisión. De antiguo se han disputado, en efecto, la actuación psicoterápica el Médico y el Sacerdote, que reclamaba para sí el título de «Médico del Alma», aun cuando en realidad le cuadra mejor el de «Pastor de almas» o, en ocasiones, el de «Director espiritual». Afortunadamente la Iglesia se ha hecho cargo, salvo contadas excepciones, que la actuación terapéutica para ayudar a la humanidad doliente en *esta* vida compete a los médicos, en tanto que la actuación religiosa para compensar en la *otra* vida las penas de ésta es privativa de los sacerdotes, siempre que operen sobre sujetos que crean en ella. Los avances de la Me-

dicina han puesto de manifiesto ciertas fallas de lógica en las tradicionales concepciones de los pecados mortales hasta el punto de que el Dr. L. Nathan, culto especialista parisién, ha podido publicar un libro titulado: «La Therapeutique des peches capitaux» en el que con razón argumenta que el tratamiento eficaz de la gula es en muchos casos la institución de una cura antidiabética; el de la pereza, una cura endocrina o estrícnica; el de la ira, una medicación antiepiléptica, etc. Junto a los confesionarios debería haber, por lo tanto, un equipo de especialistas y un buen laboratorio destinados a informar al confesor del aporte *incoercible* de *somaticidad* que puede tener la pecaminosa acción confesada...

Y no obstante, no es menos cierto que toda Psicoterapia es en cierto modo religiosa, si nos atenemos al significado etimológico de la palabra Religión.

Ésta, en efecto, sirve para designar al sistema de creencias que permite religar o unir a todos los hombres en el culto y obediencia a un Ideal, que para ser común ha de ser suprasensible, ya que la vida sólo nos ofrece una infinita variedad de formas concretas e individuales, imposibles de servir de módulo para la adopción de una actitud universal. Pero la elección del Valor que va a servir para agrupar a los hombres e infundirles religiosidad no se halla limitada en la Psicoterapia como en la Holoterapia: aquella puede elegir entre el culto a la Verdad (científica) a la Belleza (artística) a la Salud (biológica) a la Justicia (social) al Amor (creador) o a la Santidad (mística) en tanto esta última es el obligado y único eje que ha de orientar la actividad del sujeto en la holoterapia. De aquí que el sacerdote, como en los tiempos prehistóricos, siga haciendo sinónimas la «salvación» y la «saneación» de las almas y actúe sobre ellas imponiéndolas siempre «el sacrificio», «la expiación» y la «renuncia a los goces terrenales» como único medio de obtener el deseado Bien. Esto puede ser, evidentemente útil, en los casos en que late un sentimiento de culpabilidad o predomina un impulso masoquista en el fondo individual (hechos muy comunes y que explican la gran fuerza de las Religiones oficiales) pero falla cuando predomina «el libre examen» de la estructura conceptual y del aparato litúrgico holoterápicos.

La delimitación de las respectivas esferas de acción del médico psicoterapeuta y del sacerdote, hoy favorecida por la admisión en el Dogma católico de la teoría del inconsciente (si bien, en cambio

se rechaza en él toda la teoría psicoanalítica. (V. a este respecto la Psicología Médica del Rvdo. S. J. José A. de Laburu) es, sin embargo, difícil. Quizás por ello ha habido valiosos intentos, especialmente en Norteamérica, de asociar ambos factores en una actuación conjunta, que supere sus anteriores luchas. En este aspecto cabe citar con elogio la obra realizada por la denominada «Body and Soul Foundation» que bajo la dirección del Dr. Spencer Cowles y del Rvdo. W. N. Guthrie funciona en la iglesia de St Mardson-the-Bouwerie de New York; mediante la colaboración de ambos se consigue infundir una mayor fe en su curación a quienes allí acuden, a la vez que se les dan argumentos para conservarla, sin tener que recurrir al «Credo quia absurdum». De todas suertes, tal iniciativa sólo ha sido posible de llevar a cabo en un templo protestante y no es de esperar que encuentre eco en los templos católicos, por lo que, cuando menos durante nuestra generación, habrá que pensar más en hallar formas de tolerancia y de mutua comprensión que de esfuerzo asociado entre el psicoterapeuta y el sacerdote de nuestras latitudes.

No obstante, Gonzalo R. Lafora, en un interesante artículo que acerca del tema «La Psicoterapia desde el punto de vista religioso» publicó en el N° I de la Revista «Psicoterapia» (fundada por el Prof. Bermann) se muestra más optimista y cree en la posibilidad de llegar a un acuerdo, en la medida en que a los Directores Espirituales se les proporcione una formación psiquiátrica (que, evidentemente presupondría una preparación médica).

A nuestro entender la Holoterapia, es decir, la terapia por la invocación a la fuerza Divina, tiene su indicación en los casos de creyentes firmes (los que, de otra parte, no acostumbran a recurrir al psicoterapeuta) siempre que sus trastornos sean curables por sugestión o por resignación (habitación o «conllevancia» de los mismos, en espera que les sirvan de prenda para una mejor existencia ulterior); asimismo tiene también una neta indicación en los casos de personas psicópatas que sufren las consecuencias de reveses e infortunios, desengaños y fracasos en un período avanzado de su vida, en el que difícilmente han de ser capaces de hallar energías para rehacerla. Finalmente, la Holoterapia, mantenida en discretos límites, es un coadyuvante de la Psicoterapia científica en multitud de personas, que sin ser muy creyentes lo son lo bastante como para esperar siempre una ayuda unilateral de la Divi-

nidad, de la que se acuerdan especialmente cuando se encuentran desvalidas.

Si bien es cierto que fuera de estas circunstancias el médico no deberá favorecer o aconsejar al enfermo la espera del «milagro», no lo es menos que en ningún caso ni bajo ningún pretexto se encuentra autorizado para quitarle la fe que espontáneamente tenga en cualquier credo religioso. Cuando se halle frente a un neurótico obsesivo con los llamados «escrúpulos religiosos» podrá -con la ayuda de un sacerdote previamente instruido- hacerle ver al sujeto que está tomando, inconscientemente, a la Religión como pretexto para satisfacer con apariencias de nobleza un impulso sádico-masoquista que nada tiene de religioso y por tanto que, como vulgarmente se dice, «no ha de ser más papista que el Papa» y ha de limitarse a la práctica corriente de su liturgia sin excederse (ni en concentración ni en tiempo) de ella, cualesquiera que sean las dudas que puedan surgirle, referentes a su validez.

Finalmente, en los casos en los que se observe la pérdida espontánea de la fe religiosa y no obstante exista un fondo de religiosidad personal y una situación que requiera una readaptación a base de la misma, es aconsejable, como más adelante señalaremos, recurrir a un sistema psicoterápico que reúne las principales cualidades de la Holoterapia sin requerir la sumisión pasiva al Dogma que ésta exige; nos referimos a la denominada Psicoterapia por la Individuación de Jung, en la que el médico readquiere en parte su antiguo papel sacerdotal, guiando a su adepto a través de los misterios del camino de perfección que le llevará al encuentro con el fondo de su mismidad y le hará ganar su Paz interior. (Véase acerca de este punto el capítulo IX).

BIBLIOGRAFÍA

- PRINZHORN.: *Psychotherapie. Voraussetzungen. Wesen. Grenzen.* Leipzig. 1929.
- BINSWANGER, L.: *Psicoterapia y Psiquiatría.* Rev. Med. de Barcelona. N° 122.
- JASPERS, K.: *Psychologie der Weltanschauungen.* J. Springer. Berlín. 1926.
- KRONFELD.: *Psychotherapie.* 2ª ed. Springer. Berlín. 1925.
- FOREL.: *État actuel de la Psychotherapie.* J. f. Psychol. Neur. T. 11.
- SCHILDER.: *Psychothempy.* Norton C°. New York. 1938.

- SHILDER.: *Medizinische Psychologie*. Springer. 1924.
- LABURU, J. DE: *Psicología Médica*. Ed. Médica. Montevideo. 1940.
- STRANSKY.: *Leifaden der Psychischen Hygiene*. Urban Schw. Berlin. 1931.
- DIHTHLM.: *Treatment in Psychiatry*, New York. 1936.
- Ju\G.: *Die Beziehungen der Psychotherapie zur Seelsorge*. Zurich. 1932.
- JUNG.: *Psychologie und Religión*. Zurich. 1939.
- WKZSACKER: *Studien zur Pathogenese*. Leipzig. 1935. G. Thieme.
- HEYER, G. R.: *El Poder Curativo del Espiritu*. J. Gil. Buenos Aires. 1940.

CAPITULO III

Concepción psico-biosocial del individuo humano. Fases de la psicogénesis y de la individuación. Papel relativo del aporte genotípico y de los factores paratípicos en la determinación de las posibilidades de reacción personal ante los procesos y vivencias morbosas. La apreciación del pronóstico ante el sujeto enfermo.

«Al hombre hay que estudiarlo en sus propias salsas», parece ser el *leit motiv* de las modernas doctrinas psicológicas. Ya no es posible abstraer una imagen humana y descomponerla artificialmente en sectores y aspectos para facilitar su comprensión y aplicar luego ese esquema conceptual a la infinita variedad de los tipos individuales que pululan en nuestro derredor. Hay que, por el contrario, estudiar a una serie de Pérez, López, Sánchez, Martínez y otras de más raros apellidos, siguiéndolas en sus espacios y tiempos vitales, analizando sus reacciones en el trabajo, en el hogar, en la calle, en el lupanar, en la Iglesia, a solas y en compañía, después de una mala digestión o de un goce, es decir, en todas sus dimensiones existenciales y, a la vez escudriñando a cada uno de sus componentes el contenido y función de sus entrañas corporales. Simultáneamente, una cuidadosa investigación retrospectiva nos dará cuenta de datos semejantes referentes a sus antecesores consanguíneos y a sus colaterales. Después, mediante un cuidadoso y paciente cotejo de los tipos de reacciones homologas observados en ellos, ayudándonos del cálculo estadístico y de la ley de probabilidades, podremos llegar a establecer con suficiente aproximación la parte que cabe atribuir en cada caso a los diversos factores integrantes de su individualidad en la formación de sus actitudes, propósitos y reacciones *tal como se nos presentan ante un examen actual*. Entonces, cuando hemos llegado a una comprensión aceptable del complejo dinamismo intraindividual en un

número grande de ejemplos concretos, podremos intentar agrupar a estos de acuerdo con ciertos rasgos y características predominantes y facilitar así el estudio psicológico mediante la formación de un número más o menos variable de modelos o *tipos humanos*. En esta obra se halla ahora empeñada la denominada *Caracterología* y nadie puede aspirar a ser ni siquiera un mediano psicoterapeuta sin conocer a fondo sus principales postulados.

Ayudará, no obstante, en gran manera, a este dominio del tema la previa posesión de una idea general acerca de las fases por las que, en la inmensurable historia de la vida, ha pasado la formación y la evolución de la actividad psíquica. A ese estudio, aun en curso con la ayuda de la Psicología Comparada, de la Antropología y de la Neurobiología, se le denomina *Psicogenética*. Veamos, pues, cuáles son las principales conclusiones que se deducen de él y que interesan al futuro psicoterapeuta:

1ª *La acción es anterior al conocimiento.*

2ª *El conocimiento es anterior al autoconocimiento.*

3ª *El autoconocimiento es intermitente en tanto que la vida es continua.*

4ª *Un mismo hecho psíquico se acusará en el autoconocimiento (conciencia) individual en distinta forma y calidad (vivencia!) según cual sea el grado de madurez alcanzado por la persona y el nivel funcional de su biotono en un momento dado.*

5ª *No es posible dar una representación lineal, unidimensional, de la actividad psíquica; ésta es, compleja en su estructura, aun cuando en condiciones normales consigue realizar su autosíntesis unitaria en el seno de la individualidad. De aquí que la actitud del psicoterapeuta haya de ser pluralista, reconociendo que (a la recíproca de lo expresado en la conclusión anterior y como complemento de ella) un mismo síndrome mental puede obedecerá muy distintos factores causales (poligenia sindrómica).*

Si ahora enfocamos la *psicogénesis individual* con un criterio psicoevolutivo y objetivo podremos diferenciar en ella diversos estadios o fases que nos ayudarán a la mejor comprensión de los casos patológicos, ya que en estos se observa con frecuencia una regresión funcional (disolución de planos o niveles) que reaviva parcial o fragmentariamente los dispositivos de reacción que ya habían sido superados en el curso evolutivo, rompiéndose enton-

ees la unidad de las pautas de conducta y engendrándose alteraciones ideopráxicas que desindividualizan al sujeto y lo fragmentan o lo colocan en franco conflicto con su ambiente.

Vamos, pues a resumir dichas fases, tomando por base la síntesis que Prinzhorn hace de ellas (con datos de Homburger, Stern K. y Ch. Buhler, Gaupp, Spranger, Koffka, etc.) a la que agregaremos otros datos, más modernos.

FASES DE LA PSICOGÉNESIS Y DE LA INDIVIDUACIÓN

El primer año de la vida representa un período de ingente esfuerzo de aprendizaje y de gran actividad formativa en el Ser. Durante su curso, el pequeñuelo que al nacer era poco más que «un bulto chupante y llorón» se convierte en una criatura capaz de atraer la simpatía general, dotada de iniciativa y de dominio a la vez que de adaptabilidad. Ello ha sido debido a la rápida desaparición de las primitivas reacciones «negativas» con que inicialmente trataba de rechazar su nuevo ambiente y a la creación de hábitos motores que la permiten no sólo el control postural (estático) de su cuerpo sino un principio de traslación (dinámica) del mismo. Puede afirmarse que en este período se organizan las primeras configuraciones psicomotrices, a partir de los movimientos reflejos elementales, y se establecen, además, los reflejos condicionados de 1º y 2º orden, centrados en derredor de los deflejos que satisfacen las necesidades vitales absolutas (respiración, alimentación, excreción y sueño).

El segundo año se caracteriza por el afianzamiento de los dispositivos de la bipedestación y de la fonación: la marcha y el habla permiten al niño un considerable aumento de su panorama vital: la transformación de su campo visual, supeditada ahora a su incipiente voluntad, contribuye decisivamente a la delimitación de su organismo. Deja de ser una más, *entre* las cosas y se convierte en un sujeto que se coloca *frente* a ellas. Hay que hacer notar, con Schilder, que el Yo individual emerge antes de haberse terminado la formación del llamado «esquema corporal» (noción del propio soma) y por lo tanto pasa por un período en el cual una parte del mismo es aún confundida con la percepción, sincrética, del ambiente: el pequeñuelo no establece diferencias entre su pie y su za-

pato, entre su lengua y su biberón; todo ello es integrado en la situación correspondiente y, en virtud del llamado principio de la «pars pro toto» resulta intercambiable y equivalente.

Del tercero al quinto año de la vida se verifica la cristalización del carácter (la denominada «primera» pubertad) y la adopción de las líneas generales del «estilo de vida»: el niño matiza sus emociones primarias y las expande en un ramillete sentimental cada vez más vario; aprende a ocultar sus tendencias ante los demás; se hace hipócrita y al propio tiempo deja de ser puro producto natural para empezar a convertirse en ser social. Su pensamiento, hasta entonces guiado por las sencillas leyes asociativas -de continuidad y contigüidad- deja de ser mágico y omnisciente para convertirse

en lógico y relativo: se admite en cambio ahora el poder absoluto de los progenitores (y especialmente del padre) que se consideran portadores de la verdad y, además, de la fuerza.

Por ello mismo constituyen especial motivo de preocupación así como también lo son las demás figuras que conviven en el hogar y que pueden disputar al sujeto el cariño y la protección de sus primeros dioses. Simultáneamente con la fijación de esta «constelación familiar» se precisa en el niño el vasto proceso de simbolización verbal que le va a permitir prescindir de los datos sensoriales inmediatos en la elaboración de sus pensamientos y actitudes; con ello queda definitivamente adquirida la noción de una realidad exterior, que evoluciona con leyes propias, y otra interior, en la cual el incipiente Yo aun tiene la ilusión de que reina y se mueve a su placer. En la medida en que esta realidad interna (imaginativoverbal) es más sumisa a su voluntad que la externa (perceptosensorial) el niño la prefiere y se esfuerza en vivir prendido a ella: todo para él es ahora simple «juego» en el que vuelca su fantasía. Nadie como él es un ser tan «encerrado en su Mundo» (autismo normal). A ello contribuye la constante renovación de su sentimiento de invalidez o ineficiencia ante la realidad externa, pero, de otra parte y en condiciones normales ésta va a ir adquiriendo cada vez más prepotencia en el campo de los intereses infantiles, gracias al comienzo de las tareas escolares propiamente dichas, a la extensión del círculo de las relaciones sociales del niño y al desarrollo de sus recursos adaptativos.

Del sexto al octavo año se produce la inicial liberación del excesivo sometimiento del niño al poder omnisciente de los adultos que le rodean: empiezan a observarse los frutos de tal proceso en el de-

seo creciente que aquél tiene de afirmar su personalidad frente al medio, adoptando a veces actitudes de extraordinaria testarudez y recurriendo a toda suerte de recursos para mostrarse original.

De los 9 a los 12 años la denominada «noopsique» priva sobre la «timopsique», es decir, la vida intelectual -centrada alrededor del cumplimiento de las obligaciones escolares, favorecida por el dominio casi completo de la grafía- absorbe la mayor parte de las energías. Los juegos se van tornando más complicados en su técnica y en sus reglas: el muchacho define bien sus preferencias sentimentales y a la vez empieza a inquietarse por su futuro, tratando de «saber» todo cuanto hasta entonces no le ha preocupado o no había descubierto. La separación entre los dos planos (objetivo y subjetivo) de su individualidad es ya perfecta; su moral deja de ser autónoma y pasa a ser heterónoma: cada vez menos necesita de la coacción externa para comportarse debidamente. En esta fase acostumbran, por lo demás, a definirse las vocaciones y se manifiesta en su final y en los climas templados, el principio de la adolescencia.

De los 13 a los 17 años se extiende el período de la segunda revolución biológica individual, motivada por la denominada «crisis puberal». En el terreno psíquico puede decirse que la transformación operada no es menor que en el somático: los caracteres personales que parecían ya bien cristalizados pueden exagerarse, desdibujarse o cambiarse hasta el punto de emerger, en ocasiones, una personalidad bien distinta de la anterior. En esta fase el llamado «problema de los valores» adquiere a veces contornos angustiantes: la entrada en acción de la denominada «inteligencia conceptual o abstracta» se marca por una desanimación y una espiritualización del adolescente (en el sentido klagesiano): ha de construirse una filosofía de la vida y la de conciliar sus desbocados instintos y ambiciones, sus deseos de total independencia y libertad, de aventura y de triunfo con la rigidez de su vida familiar y social, que casi siempre transcurre inmodificada e ignorante de sus cambios íntimos y de sus actuales apetencias. Época de tránsito entre el «ya no» de la infancia y el «todavía no» de la adultez juvenil, podríamos decir que en ella el desequilibrio es fisiológico: aparecen con frecuencia pequeñas manifestaciones psiconeuróticas (tics, escrúpulos obsesivos, insomnio, astenia matutina, raptus de malhumor o de tristeza, explosiones de risa, etc., variaciones bruscas del apetito, del rendimiento intelectual, etc.). Los mucha-

chos acostumbran a sentirse atraídos por las manifestaciones de fuerza: idolizan el *poder* (físico y a veces también psíquico) sueñan con ser aviadores, campeones deportivos, galanes de cine, en tanto las muchachas se tornan exageradamente coquetas o gazmoñas, leen versos o rezan mucho, lo que no las impide amar también excursiones y bailes, cultivar deportes y estudios. Es ahora cuando las individualidades genotípicamente taradas o defectuosamente evolucionadas desde el punto de vista caracterológico revelan más a las claras su anormalidad y han de ponerse casi siempre, por primera vez, en contacto *serio* con el psicoterapeuta.

De los 18 a los 25 años transcurre la juventud, cuya característica psicológica esencial es la violencia de la vida afectiva: la timopsique adquiere su máxima robustez e impone a los juicios y opiniones bamboleos terribles. El rendimiento aumenta desde todos puntos de vista; el sujeto adquiere personalidad social, ingresa en el campo de las obligaciones estatales: se hace un ser totalmente responsable y se le otorgan derechos civiles a la vez que normalmente se le exige que subvenga a sus gastos mediante un esfuerzo profesional continuado. Esta fase y la anterior ofrecen amplias ocasiones de sufrimiento y alegría al sujeto: en ambas se desvela y perfila casi siempre su definitiva ruta vital. Tras de ellas encontramos ya una progresiva habituación y rigidez; un al principio lento y luego rápido descenso de las posibilidades de transformación o corrección caracterológica. Puede decirse que a partir de esta edad al psicoterapeuta sólo le cabe, por regla general, la esperanza de «poner parches psíquicos», de «barnizar» o «remendar» personalidades, mas bien pocas veces podrá sentirse autor de una reestructuración profunda de las mismas, aun cuando Jung se muestre en este aspecto muy optimista y existan casos excepcionales en los que ello sea posible a edades más avanzadas. No obstante, precisa considerar, antes de agotar los lincaamientos del proceso de individualización, los eventuales retardos y detenciones que en el calendario cronológico puede sufrir la maduración de ciertas características latentes en el genotipo.

De los 25 a los 45 ó 50 años (período de adultez). En él llega la personalidad a su máximo esplendor y eficiencia, constituyendo en realidad la fase más *productiva* de la vida individual. Durante su decurso se observa un equilibrio entre la impetuosidad y el romanticismo juveniles y la actitud miedosa y conservadora que se iniciará en la madurez. Es ahora cuando mejor se marcan las di-

ferencias en la estructura psicosexual, recientemente catalogadas por Terman y que en síntesis pueden reducirse a la siguiente pauta:

Características de masculinidad

idem de feminidad

Apreciación del conjunto e interés por lo fundamental en el campo objetivo.

Apreciación del detalle e interés por lo sobresaliente.

Tendencia a la abstracción categorial.

Tendencia al concretismo.

Impulso a la conquista de la fama y del prestigio: a la afirmación del poder.

Anhelos de felicidad y de paz, de conservación y mantenimiento de lazos afectivos en la intimidad.

Preferencia por los juicios de forma.

Preferencia por los juicios de valor.

Mayor predominio del conocimiento lógico.

Mayor predominio del conocimiento intuitivo.

Más propensión a la actitud sádica.

Más propensión a la actitud misoquista.

Se encoleriza más veces que se asusta.

Se asusta más veces que se encoleriza.

Propende a las decisiones rápidas y le cuesta confesar sus equivocaciones.

Propende a la duda y admite con menor disgusto sus errores.

Movimientos amplios, seguros y enérgicos.

Movimientos suaves, gráciles y con propensión a la superfluidad.

Alteraciones climatéricas. Coincidiendo con la declinación de la vida sexual se observan, como es sabido, nuevos cambios biopsíquicos cuya importancia justifica a veces el calificativo de «edad crítica» que se ha aplicado a este período de la vida individual. El sujeto de sexo masculino nota menos que el del sexo femenino los cambios que su organismo experimenta en este período; ello es de-

bido a varios motivos: en primer lugar al hecho de que las alteraciones endocrinovegetativas son menos pronunciadas y más lentas en aquel; en segundo lugar -muy importante- a que coincide esa declinación biológica con la época de mayor prestigio y satisfacción económicosocial (por término medio) y en tercer orden a que la opinión popular es menos adversa y severa en la valoración de las deformaciones morfoestéticas del cuerpo masculino que en las correspondientes del cuerpo femenino en esta edad. De todas suertes, es en esta fase de la vida cuando en ambos sexos se «agria» el carácter, aparecen crisis de angustia o ansiedad, de disgusto y malhumor y se propende a tomar posturas de crítica resentida, de pesimismo escéptico o de intolerante fanatismo. Coincidiendo tal actitud con la de «liberación» de los hijos, se adivina cuan difícil resulta a veces conservar la paz familiar en la intimidad de los hogares en tal fase de su devenir.

Jung ha señalado, sin duda bajo la influencia de las doctrinas de la evolución sexológica, que en la fase del climaterio se tiende a producir una «inversión de la fórmula afectiva personal», de suerte que, de una parte, los sujetos esquizoides (hoscos, tímidos y severos) tienden a cicloidizarse y a permitirse todas las licencias que antes no se concedieron, en tanto los sujetos cicloides (liberales, expansivos y sociales) devienen reposados, serios y un tanto herméticos. Y, de otra parte, prescindiendo de tal cambio temperamental, *el hombre se feminiza y la mujer se viriliza* (ver la exposición de estas ideas en el capítulo IX) o, más exactamente expresado, emerge en el varón el «Anima» y en la hembra el «Animus». No obstante, más bien que una verdadera transformación personal -condicionada por profundos cambios en su estructura temperamental- hay que pensar en alteraciones del carácter que pueden hallar su explicación en factores puramente «exógenos», ya en parte señalados y que propenderían a hacer al hombre más plácido y tolerante (conciliador) y a la mujer más intransigente y agresiva, por diferencias en la satisfacción de sus fines vitales.

De otra parte, no es raro que sea en la época involutiva cuando el sujeto se enfrente seriamente con la idea de la Muerte, propenda por vez primera a mirar retrospectivamente y sienta nacer en él, en forma consciente, diversos «sentimientos de culpa», hasta entonces latentes y recubiertos por el diario ajeteo de su vida activa. Por ello hay en esta fase una nueva propensión a las crisis religiosas. El Hombre necesita refugiarse en su fe para caminar por

la ruta que le conduce inexorablemente al sarcófago. Si esta fe no la halla en alguno de los credos religiosos *ad usum* habrá de construirse, o reconstruirse con la ayuda de conceptos filosófico-éticos o biosociales adecuados. De aquí la necesidad de que el psicoterapeuta se vea más obligado ahora que ante otros casos a plantear y discutir la teología vital de sus pacientes.

La vejez y la senilidad

Al pasar de los 60 años puede decirse que ya se ha fijado en el Ser la actitud con que acogerá su Muerte (Claro es que aquí como en todo el campo de la psicogénesis hay numerosas excepciones y por tanto no han de tomarse más que como puntos de referencia nuestras acotaciones cronológicas). El proceso de paulatina disminución de la plasticidad reaccional, es decir, la rigidización y esclerosis que acostumbra a producirse en los procesos orgánicos -bien estudiado por Metchnikoff y recientemente por Metalnikov- se refleja en la esfera psíquica por una lenta pero constante disminución de la productividad intelectual, por una limitación del círculo de los intereses personales, por un despertar de la emotividad y por una «sensibilización» progresiva ante los conflictos y dificultades de la vida que refuerzan así la actitud de enquistamiento y de automatización del plan o régimen existencial: el viejo propende a la iteración de sus actos, verbales o práxicos; deviene «latoso» e «infantil», un tanto caprichoso y obstinado, unas veces hiperes-tésico y otras insensible, siempre desmemoriado para lo reciente (por falta de capacidad de aprehensión de los nuevos estímulos) con sueño escaso y fatigabilidad aumentada, pierde su eficiencia para el trabajo y se ve constreñido a llevar una vida cada vez más puramente vegetativa, sólo alterada por el crecimiento de sus achaques y padecimientos que le llevan a concentrar en su propio cuerpo (autoscopia) y en la acción de tales o cuales remedios la escasa capacidad de observación y atención que aun le resta.

Factores de la individuación

Prescindiendo de las variaciones que el Ser Humano experimenta en el curso de su existencia, es lo cierto que a lo largo de ella se impone su inconfundible individualidad. Ahora bien, el gra-

do de *coherencia* que ésta alcanza así como el de su *estabilidad*, son datos que tienen gran importancia para la comprensión de no pocas de sus manifestaciones, normales y anormales. De aquí que hayamos de conceder atención a los factores que de un modo más efectivo influyen en la formación y fijación de la misma, es decir, en el proceso de «individuación».

Como ya hemos avanzado en más de un lugar de este volumen, la personalidad individual se constituye como «síntesis de contrarios», es decir, como resultado de un equilibrio entre núcleos de tendencias opuestas, sin cuya existencia la vida de todos los seres humanos resultaría de una insoportable y monótona uniformidad. Según el punto de las escalas timopráxicas en que se establezca el carácter tendremos una fórmula diferencial de unos a otros sujetos; así como según los grados y contenidos de su conocimiento (es decir según la modalidad de su «gnosis intelectual») podemos también distinguirlos entre sí. No hay dos hombres «que sepan lo mismo» (aun cuando hayan estudiado lo mismo) ni tampoco los hay que sientan y procedan idénticamente ante cualquier situación. Ahora bien: dejando aparte tales diferencias en cuanto al caudal y al tipo de sus «saberes», «sentires» y «poderes», lo que ahora nos interesa, como psicoterapeutas, es llegar a descubrir la mayor o menor propensión con que una determinada individualidad va a caer en el terreno de nuestra actuación, es decir, va a requerir la obra correctora que la evite sufrir o hacer sufrir una desadaptación ante la vida. Para deducir este dato, que bien podríamos denominar «umbral de psicopatidad» (o «valor de la predisposición psicopática del fenotipo») necesitamos, en lo posible, llegar al mejor conocimiento de las siguientes incógnitas:

- a) *Cómo se cree el individuo que es* (Cuál es la opinión que tiene de sí mismo en todos los aspectos de su Ser, de su Valer y de su Parecer).
- b) *Cómo desea ser* (Cuál es su «Ideal del Yo»: cómo habría querido ser).
- c) *Cómo cree que llegará a ser* (Cuál es la prospección de sí mismo. Qué situación y valer espera poder alcanzar).
- d) *Cómo se cree que es juzgado* (Cuál es la idea que él se hace de su «Parecer») para compararlas con sus correspondientes:

- a') *Cómo es en realidad apreciado por los demás* (Cuál es la opinión que de su Ser, Valer y Parecer, tienen sus familiares, amigos y compañeros y, en general las personas de su sexo o del opuesto que con él contactan).
- b') *Qué intenciones y propósitos se le atribuyen* (Juicio objetivo acerca de sus planes de acción).
- c') *Cómo querrían los demás que fuese y cómo creen que será* (Ideal y proyección objetivos de su devenir).
- d') *Cómo se creen los demás que él los juzga.*

Cuanto mayor sea la distancia que exista entre los conceptos a, b, c y d, tanto más fácilmente se engendrarán en el seno de la individualidad tensiones y conflictos que puedan llevarla al sufrimiento. Cuanto mayor sea la distancia que exista entre a y a', b y b', c y c', d y d', más probabilidades habrá de que se engendre una fricción y una desadaptación en la relación social, interpersonal del sujeto y, por consiguiente, que el sufrimiento no se limite a él sino que trascienda en su conducta y alcance a quienes con él conviven. Sí coinciden a, b y c, pero se hallan distanciados de d se engendrará con facilidad una actitud autista o resentida, cuando no agresiva; en este último caso se producirá progresivamente la distancia de los respectivos pares aa', bb', ce' y, especialmente aparecerá una antítesis entre dos nuevos factores que en condiciones normales tienen escaso valor psicogenético:

- e) *Cómo juzga el sujeto a su medio social* (cómo se cree él que son los demás).
- e') *Cómo se cree el medio social que él se juzga* (cómo se imaginan que él se cree ser).

En efecto, en tanto el individuo al sentirse menospreciado en su valer reaccionará hostilmente y desvalorizará a sus jueces, estos, a su vez, considerarán que él es un vanidoso y se atribuye mayor valor del que tiene; en su virtud se engendrará inexorablemente un *círculo vicioso que distanciará más y más al sujeto de la Sociedad y a ésta de aquel.*

Un círculo vicioso semejante se engendra también cuando se distancian demasiado los conceptos a y b ó b y c, pues a medida que el sujeto se juzga peor trata de compensar y hasta de sobrecompensar sus defectos, llegando entonces a la pesimista conclusión -a posteriori- de su ineficiencia para luchar contra su modo

de ser; conclusión que, a su vez, reobra sobre su propio menosprecio y lo empuja a degradarse objetivamente más y más, hasta que trascienda al exterior su desvalimiento y se produzcan los cambios correspondientes en las series a', b' y c', y a su vez intensifiquen el distanciamiento primario en los conceptos subjetivos.

No deseamos agotar todas las posibilidades de conflicto intra y extrapsíquico individual que se establecen por la discordancia de las series conceptuales mencionadas. Sí insistimos, empero, en la necesidad de tener presentes todos sus datos para la comprensión del proceso de fijación de las actitudes y conducta individuales.

PAPEL RELATIVO DE LOS FACTORES GENOTÍPICOS Y PARATÍPICOS
EN LA DETERMINACIÓN DE LA REACCIÓN PERSONAL
ANTE LAS VIVENCIAS Y PROCESOS MORBOSOS

Dejando aparte las diferencias de tipología individual observables, la reacción personal, tanto si es normal como si puede ser considerada como patológica, resulta de la integración de 3 clases de factores: a) los que le han sido dados al Ser en el momento de su fecundación y representan el aporte heredado de su constitución (la suma de ellos constituye el «genotipo»); b) los que se han ido incorporando al organismo en crecimiento y han ido fijándose en su íntima textura celular como resultado del aporte alimenticio de las influencias climáticas y de las peculiaridades del ritmo metabólico; estos factores, si bien en principio pueden ser considerados como exógenos, en realidad pasan bien pronto a ser endógenos ya que se unen a los anteriores para constituir el llamado «medio interno» (cuya representación bioquímica concreta la hallamos en los líquidos intersticiales) y a su conjunto se le puede designar como «citoplasma» (Luxenburger) o citotipo; c) los influjos provenientes del medio exterior (actual) -tanto de naturaleza física como química o psicológica- agrupados bajo el calificativo de «paratipo» (condición paratípica). La integración de esos 3 tipos de factores nos da la respuesta del llamado «fenotipo» individual en un momento dado. Ésta, aun siendo unitaria, contiene elementos y condiciones provenientes de dichos 3 orígenes y ciertamente no es tarea fácil la de aislarlos, pues un mismo elemento o síntoma puede ser producido por la acción de cualquiera de ellos. Se

comprende, de otra parte, la importancia que para el psicoterapeuta tiene un tal análisis patogénico, pues de él se derivan no sólo una mejor comprensión del caso y unas precisas indicaciones terapéicas sino un más exacto pronóstico, ya que las probabilidades de corrección decrecen en la medida en que aumenta la tara genotípica y aumentan en la medida en que predominan los influjos paratípicos en la producción del síndrome observado. Por ello, veamos cuales son los signos que nos permiten inducir ante una respuesta personal determinada cada uno de los aportes que la integran:

La base genotípica. Nos vendrá dada por los elementos cuya presencia se señale con caracteres de gran semejanza o identidad en los ascendientes y colaterales directos del sujeto; por los rasgos de su conducta que se acusan con mayor precocidad y persistencia en su historia vital; por los dispositivos funcionales que constituyen el estrato más profundo de su estructura psicoindividual, es decir -utilizando términos neoclásicos- por las peculiaridades de la «Miopsique» (Storch) y la «Timopsique» (Kleist) que constituyen el núcleo de la denominada «Persona Profunda» de Kraus y cuyo correspondiente orgánico lo hallamos en el sistema diencéfalo-hormonal, principalmente.

La base citoplasmática. Nos será revelada por las peculiaridades del ritmo, intensidad y rendimiento reaccionales que se hallen en relación de dependencia con el metabolismo humoral, en primer término, y con el funcionalismo del sistema «antixénico», siempre que sea factible establecer una correlación entre su modalidad y la incidencia precoz de influjos provenientes del exterior (ambiente fisicoquímico: tipo de alimentación, clima, etc.).

La base paratípica. Se evidenciará principalmente en las denominadas «reacciones superficiales», adquiridas mediante el influjo educativo y experiencial y apenas habitualizadas en el decurso vital. Ellas constituyen el barniz urbanocultural, el «capital técnico adquirido» (profesional, social, etc.) que permite al sujeto integrarse en la comunidad civilizada sin mayores fricciones externas.

Para la interpretación de la conducta individual en función de su origen conviene señalar ahora que, de acuerdo con la fecunda concepción de Hughlings Jackson, se encuentra organizada en niveles o estratos, hasta cierto punto correspondientes a los planos funcionales del neuroeje, de suerte que el patrimonio hereditario (constituido por los denominados reflejos y deflejos absolutos o

reacciones instintivas) se halla principalmente contenido en los grandes centros grises mesencefálicos y el adquirido parece concentrarse en la corteza cerebral y disponerse en forma tal que *todo dispositivo funcional nuevamente creado ejerce una inhibición sobre aquel al que viene a sustituir*. En tales condiciones, la *degradación* de una conducta -desde el punto de vista neuropsíquico- se caracteriza por dos tipos de síntomas: a) de *déficit* (estos son «silenciosos» y consisten en la desaparición de las reacciones que normalmente se observan ante la situación); b) de *sustitución* (estos son «productivos» y aparentes, consistiendo en multiformes reacciones que habían sido inhibidas en el curso evolutivo y ahora se reactivan para llenar el vacío creado por la ausencia de la respuesta habitual).

De esta suerte, más que aplicar el esfuerzo psicoterápico a la dominación de los rasgos anormales de conducta hay que dirigirlo a conseguir el restablecimiento de las reacciones *normales*: obtener que el enfermo siga cuidando de su aseo personal, interesándose por cuanto pasa en el Mundo, cumpliendo aún cuando sea en pequeña escala con un mínimo programa de trabajo y distracciones, *cualesquiera que sean sus quejas, sufrimientos y anomalías*, es la primera de las finalidades que debe perseguir el psicoterapeuta. Con ella se asegura, si la obtiene, la limitación de los trastornos y la defensa de la integración personal desde el plano paratípico. Acto seguido deberá procurar actuar sobre las condiciones del llamado «medio interior» o citotipo, asegurando al sujeto, en primer término, el *mejor aporte energético* (alimenticio, térmico, oxiótico, etc.) compatible con su estado, el *mejor reposo* (anabólico) y la *mejor eliminación de noxas* (terapia desintoxicante, de limpieza de focos sépticos y de «espinas irritativas») con el fin de que la base cenestésica de su conciencia personal se normalice y se haga por tanto sana su autoscopia (es decir, que el sujeto «se encuentre bien» aun cuando persistan en parte sus anomalías). Finalmente, queda el ataque de la base genotípica, el cual solamente podrá llevarse a efecto de un modo indirecto, esto es, sustrayendo del ambiente vital que rodea al individuo aquellos factores capaces de excitar o desencadenar sus taras.

En tanto el origen del trastorno sea, pues, paratípico (hombre normal que vive una situación anormal) cabe pensar en conseguir la adaptación del individuo a sus nuevas condiciones de vida mediante un reajuste de sus posibilidades reaccionales adquiridas.

Cuando el trastorno sea netamente genotípico (constitución psicopática por intensa tara hereditaria) habrá que pensar en que el hombre anormal necesita un medio también anormal para *vivir normalmente dentro de su anormalidad y no deberemos obstinarnos en querer conseguir de él una adaptación al medio normal, pues ésta, por definición sería paradójicamente patológica. En tal caso el sujeto «sólo puede vivir a su manera»* y el esfuerzo psicoterápico habrá de consistir en repararle un medio que se adecúe a ella. Exactamente como el de una cocinera, ante un manjar fuerte, consiste en prepararle una salsa adecuada para su mejor ingestión y digestión.

Entre ambos extremos se hallan los casos de trastorno de base citoplasmática, en los que la acción psicoterápica o -mejor- antropoterápica pivotará alrededor de una acción somatoterápica completada con intervención sobre el sujeto (psicagogía) y sobre su medio vital, con el fin de evitar ulterior recaída (tal ocurre, por ejemplo, en no pocas psicosis tóxicas o sintomáticas).

LA APRECIACIÓN DEL PRONÓSTICO ANTE EL SUJETO ENFERMO

La formulación de un acertado pronóstico es sin duda el acto de mayor dificultad que tiene la práctica de la Medicina. Solamente la actual orientación integral, psicosomática, de esta Ciencia permite enfrentarlo con probabilidades de éxito, pues se ha llegado al conocimiento de los complejos factores que individualizan el curso de cada *antroposis*, es decir, de cada «modo de existir morboso de un hombre dado». Es un error, en efecto, que precisa corregir el de creer que los trastornos más intensos del equilibrio psíquico (las llamadas psicosis) son de peor pronóstico que las alteraciones aparentemente superficiales y extensas (psicopatías o psiconeurosis). ¡Cuántas veces la práctica nos demuestra que un sujeto afecto de un síndrome confusional, amencial o esquizofrénico se restablece totalmente al cabo de unos meses en tanto otro con una discreta alteración compulsiva (obsesivoanancástica) de su personalidad malvive desadaptado durante años a pesar de todo nuestro esfuerzo! Evidentemente, el síndrome observado, es decir, «la fachada sintomática» tiene menos importancia que otros factores en la determinación del pronóstico psicoterápico. ¿Cuáles son éstos?

En primer lugar «el grado de equilibrio interno», es decir, de coherencia o integración, de su individualidad, anterior al trastorno observado y persistente o perviviente a él.

En segundo, la «constelación de causas patógenas» que pueda seguir actuando sobre su proceso y lo complique o transforme en algo peor.

En tercer término, la extensión y el grado de los recursos que el sujeto posee en el ámbito de su individualidad aun no afectado por el trastorno y con los cuales, debidamente manejados, hay que intentar en primer término la localización o enquistamiento de éste y en segundo lugar su reducción. No es indiferente, en este sentido, la inteligencia, la cultura, la posición socioeconómica, la familia, etc., que tenga el enfermo sino todo lo contrario: de tales factores depende en gran parte el éxito de la lucha contra el trastorno psíquico, cualesquiera que éste sea, a excepción de los casos en que nos hallamos ante un insulto orgánico de tal violencia que excluye toda posibilidad de intervención psicoterápica (trauma encefálico irreparable, neoplasia inoperable, demencia terminal, etc.).

Y, *last but not least*, hay que mencionar «la personalidad y el interés del psicoterapeuta por el caso». Una gran parte de enfermos deja de curarse en el campo psicoterápico porque le falta al psicoterapeuta la dedicación de tiempo y esfuerzo necesario para lograr el éxito. La complejidad de su actuación es tal y las dificultades a vencer son tantas que para realizar una obra psicoterápica efectiva se requiere el *contacto casi constante con el enfermo* y la posesión de un personal subalterno bien adiestrado, que complemente la acción facultativa, ya sea en la clínica, sanatorio o despacho, ya sea en la casa o lugar en donde viva el enfermo. *Sin duda el mayor éxito de los psicoanalistas deriva precisamente del escaso número de enfermos que tratan, en comparación con los que atiende un psicoterapeuta no ortodoxo.* Gracias al artificio de la técnica exploradora del psicoanálisis consiguen aquellos mantener durante años una hora diaria de contacto interpersonal con sus enfermos, y este es el mayor beneficio que les hacen.

Para obviar el inconveniente de la falta de tiempo (en parte derivada de la falta de aporte económico que impide la posibilidad de centuplicar los especialistas) la psicoterapia actual se orienta hacia una actuación *colectiva* o en grupos homónimos, cuya técnica y posibilidades serán tratadas más adelante en esta obra.

BIBLIOGRAFÍA

- LEWIN, K.: *A Dynamic theory of Personality*. New York. 1938.
- STERN, W.: *Allgemeine Psychologie auf Personalistischer Grundlage*. M. Nijhoff. La Haya. 1935.
- GOLDSTEIN, K.: *Der Aufbau des Organismus*. M. Nijhoff. La Haya. 1934.
- MUNCIE.: *Psychobiology and Psychiatry*. St. Louis. Mosby Co. 1934.
- MEYHR, A.: *Scope and Teaching of Psychobiology*. J. A. Ara. Co. 110:93. 1935.
- WERNER, H.: *Psicología evolutiva*. Salvat Ed. Barcelona. 1936.
- TERMAN-MILES, L.: *Sex and Personality*. New York. 1936.
- LUXENBURGER.: *Vererbtheit d. Psychische Störungen, en el Tomo Complementario del Handbuch d. G. K. de Bumke*. Springer. 1939. Berlín. EY
- ET J. ROUART.: *Essai d'application des principes de H. Jackson a une conception dynamique de la Neuropsychiatrie*. G. Doin. París. 1938.
- KLEIST, K.: *Gehirnpallogie*. Barth. 1934. Leipzig.
- MALGAUD.: *De l'Action a la Pensée*. F. Alean. París. 1935.
- MIRA, E.: *Psicología Evolutiva del Niño y el Adolescente*. Ed. Resie. Rosario. 1941.
- MULLER-FREIENFELS.: *The evolution of Modern Psychology*. Yale Univ. Press. 1935.
- SCHMEIDER, K.: *Die Psychopathischen Personaliteiten*. 3ª ed. Deuticke. 1934.

CAPITULO IV

Métodos psicoterápicos. Factores que determinan el éxito o el fracaso de toda actuación psicoterápica; a) el psicoterapeuta; b) el enfermo; c) el ambiente; d) el trastorno inivioso; e) actitud del sujeto ante su trastorno; f) la elección y el dosaje de las técnicas; g) su integración en el plan terapéutico general.

Por lo que ya hemos visto acerca del concepto que ha de presidir la actuación psicoterápica ya se comprende que presupone no sólo una sistemática concepción del Mundo y del Hombre, sino también, de los Derechos y Deberes de éste en la Sociedad. Sin saber el fin y el sentido que ha de darse a cada vida humana, en las especiales circunstancias de tiempo y lugar en que se desarrolla, es punto menos que imposible precisar la dirección a seguir en la cura psicoterápica. Pero esto, a su vez, presupone una filosofía y una moral: no es factible adoptar la cómoda postura de que el psicoterapeuta ha de limitarse a *readaptar* al sujeto en el grupo social, eliminando los síntomas que le apartaron de él. Ello equivaldría a considerar que la desadaptación a la norma social vigente es *siempre morbosa* y esto no es cierto: los grandes hombres que han hecho progresar la organización y los valores sociales han sido, antes que nada, desadaptados, es decir, rebeldes a las normas. Pero tampoco sería factible propugnar la postura inversa y tratar de conseguir la felicidad de quien sufre llevándolo a realizar sus anhelos a costa de su salud o de la de los demás.

En el fondo, el psicoterapeuta se halla frente al mismo dilema que el pedagogo: no debe anular ni el individuo ni la Sociedad; ha de desarrollarlos armónicamente y conseguir la síntesis de contrarios sin merma de sus elementos. Para esta tarea cuenta con multiplicidad de armas técnicas y principios metodológicos, pero por encima de todo ha de contar con *cualidades personales* especiales y

difíciles de reunir; por ello ha dicho Prinzhorn, con justeza, que el *problema principal de la Psicoterapia es: el terapeuta*. De él depende, en efecto, la mayor probabilidad de éxito o de fracaso. Dando por supuesto que bastan con las nociones indicadas en el capítulo anterior para conocer los dispositivos básicos de las reacciones personales y admitiendo, además, que el lector posee la suficiente cultura médica y psiquiátrica para obviarnos la necesidad de explicar la sintomatología que lleva al sujeto a manos del psicoterapeuta, vamos a emprender, en los capítulos sucesivos, la exposición seriada de aquellas armas y métodos, mas antes conviene fijar nuestra atención detallada en los elementos de la «situación psicoterápica» con el fin de precisar mejor su interdinamismo:

a) EL PSICOTERAPEUTA

Las condiciones que ha de reunir un buen psicoterapeuta son, a juicio de Prinzhorn, las siguientes: 1° *amplio y seguro conocimiento humano*; 2° *fácil autoobjetivación* (desprendimiento del Yo privado o personal); 3° *innata capacidad de conducción* (seguridad personal, instintiva, en el descubrimiento de las rutas vitales). A estos requerimientos agrega, secundariamente, condiciones intelectuales y éticas y, sobre todo, la *ausencia de rasgos de inmadurez y neurosisismo*. Por nuestra parte creemos que pueden aclararse más tales condiciones empleando otra terminología. He aquí nuestra lista de aptitudes:

- 1° Capacidad de *empatía* (Einfühlung) es decir, de *situarse imaginativamente en la conciencia del enfermo y comprender directamente sus vivencias, tanto en su aspecto pático (afectivo) como gnóstico* (intelectivo).
- 2° Capacidad de *intuición para descubrir*, más allá del propio plano consciente del sujeto ayudado, *los móviles y factores que intervienen en la edificación* (estructural) *de sus trastornos*.
- 3° *Capacidad de síntesis y jerarquización*, de ordenación y sistematización *de los complejos datos obtenidos*, en un esquema conceptual coherente y laxo a la vez, que permita atender a las emergencias del curso terapéutico sin perder la orientación del mismo y el dominio de la situación en todo momento.
- 4° *Ductilidad y energía* («suaviter in forma, fortitur in re») en el manejo del enfermo: su resistencia habrá de ser unas veces su-

perada con una réplica ingeniosa o humorista, otras, con una apelación sentimental, otras con una afirmación tajante, etc.

- 5° *Seguridad y confianza en sí mismo, sin llegar nunca al narcisismo.*
- 6° *Mimetismo caracterológico* (es decir, agilidad mental y dotes histriónicas suficientes para presentarse ante el enfermo con el tipo o «aspecto» personal que mejor cuadre a su propio carácter).
- 7° *Entusiasmo y fe en la eficacia de la obra psicoterápica.* Este entusiasmo no ha de ser ciegamente irreflexivo como lo es en no pocos psicópatas, que bordean el curanderismo y se creen ungidos de poderes más o menos mágicos, sino que debe ser el resultado del autoconocimiento de los recursos con que cuenta la especialidad y de la grandeza de su actuación cuando es llevada con plena responsabilidad.

Dejando aparte que es difícil reunir en un mismo individuo tal suma de condiciones, pues algunas de ellas incluso parecen excluirse mutuamente, lo cierto es que en su inmensa mayoría esas cualidades son innatas y por ello se ha afirmado, no sin razón, que el psicoterapeuta «nace» y «no se hace». Hay, en efecto un «quid ignotum», imponderable e inanalizable, en la eficacia que la simple «presencia» de una persona dotada de «poder curativo» ejerce sobre el curso de múltiples trastornos morbosos; no obstante, la mayor parte de ese misterio radica en la acción del «Eros paidagogos» platoniano: tales seres actúan de estímulos universales o, cuando menos, genéricos, despertando en los enfermos una peculiar atracción que les lleva a vincularse mentalmente con ellos y a sentirse *revitalizados* por su influjo. La misma acción regenerante que el amor de la doncella ejerce sobre todo su Ser, se observa en el cuerpo y en la persona del enfermo que se «siente» protegido y ayudado por un psicoterapeuta innato.

Sería una torpeza creer que esa acción se circunscribe a un estímulo sexual, aun cuando puede, evidentemente apoyarse en él. Pero lo cierto es que se ejerce con bastante independencia de la edad y el sexo. La que podríamos denominar «atractividad» del psicoterapeuta radica, en definitiva, en la posesión de una personalidad superior al promedio y dotada de natural «simpatía social», dejando aparte cuanto a este hecho previo pueda agregar la llamada «situación terapéutica» y la transferencia o «rapport» -tan bien analizada por el psicoanálisis- que habrá de establecerse secundariamente.

b) EL ENFERMO

No hay duda que, después de la personalidad del psicoterapeuta, es el enfermo quien, con su propia persona y sus actitudes de reacción frente a su morbo existir, más puede influir en el curso, favorable o adverso de la cura. Por ello conviene dedicar al estudio de su individualidad, de sus gustos y aversiones, de sus deseos y temores, de sus obligaciones y devociones, más tiempo y atención que al análisis de sus aparentes síntomas de malestar. No se olvide lo que tantas veces se ha repetido estos últimos años: *más que las vivencias morbosas importa al psicoterapeuta conocer la reacción personal del enfermo frente a ellas y obtener que éste pase de ser actor a ser espectador crítico de las mismas.*

No es éste el lugar de entretenerse en la descripción de los inúmeros posibles tipos de personalidad del enfermo, pero sí lo es de insistir en la necesidad de que el psicoterapeuta agote cuantos recursos tenga para recibir las más exactas informaciones respecto al carácter y la vida de quien va a tratar de ayudar. Y esto deberá obtenerlo no sólo del propio interesado y de sus familiares sino de sus amigos y compañeros: cuanto más amplio sea el sector de donde recoja los datos, más completa será la reconstrucción de la persona a tratar y más fácil será influenciarla. Desde este punto de vista hay que recomendar a los psicoterapeutas incipientes la utilización de cuestionarios escritos en los que se condensen los datos de mayor interés para ese fin. Véase, por ejemplo, un resumen del que usaba el Prof. Schilder como pauta en el Bellevue Hospital de Nueva York (Precisa advertir que las preguntas serán hechas en una o en otra forma por el psicoterapeuta según la cultura y el carácter del cuestionado).

1. Relación con otras personas

a) *Situación edipiana*
(relación paterna)

¿Qué recuerda, usted, acerca del cuerpo de su padre?

¿Qué recuerda, usted, acerca de las partes sexuales de su padre?

¿Qué recuerda, usted, del ano de su padre?

¿Ha sido, usted, impresionado por alguna otra parte del cuerpo de su padre?

- ¿Comparó, usted, alguna vez sus partes sexuales con las de él?
- ¿Cuáles son los recuerdos más antiguos que usted tiene de él?
- ¿Puede, usted, recordar cómo era?
- ¿Era su padre benévolo o severo?
- ¿Le ofendió o zahirió alguna vez?
- ¿De qué otras maneras ha sido usted castigado?
- ¿Qué muestras de bondad, de su parte, recuerda usted ?
- ¿Qué caricias recuerda usted haber recibido de él?
- ¿Le admira usted?
- ¿Vio, usted, a su padre enfermo?
- ¿Lo vio, usted, muerto?
- ¿Le tocó su padre alguna vez sus partes sexuales?
- ¿Le tocó su padre alguna vez su ano?
- ¿Y sus pechos, o alguna otra parte de su cuerpo?
- ¿Vio, usted, alguna vez a su padre realizando el coito?
- ¿Lo vio, usted, alguna vez orinando?, ¿o defecando?
- ¿Vio, usted, en él, algún otro acto que le impresionara?
- ¿Usted cree que su padre era fuerte?
- ¿Cree, usted, que tenía aspecto atractivo?
- ¿Cree, usted, que era bien dotado?
- ¿Amaba o ama a su padre? ¿Y por qué?
- ¿Ha temido, usted, a su padre alguna vez?
- ¿Le asustaba que él le (o la) mirase?
- ¿Le asustaba tropezarse con él?
- ¿Tenía miedo de que le (o la) pegase?
- ¿Tenía miedo de que pudiese lastimar sus partes sexuales?

(Siguen, todavía, 14 preguntas de tipo íntimo, referentes al padre; luego se repiten todas respecto a la madre, añadiendo algunas referentes al problema de la vida intrauterina).

b) *Complejos de Caín*
(relaciones inlerfraternales)

Deben formularse preguntas respecto a la constelación afectiva que preside la actitud (de sumisión, rivalidad o dominio) del sujeto frente a sus hermanos de ambos sexos y la de estos frente a él; sus posibles juegos sexuales, etc.

c) *Niños*

La actitud del enfermo frente a las criaturas, es decir, seres más inmaduros y que requieren su apoyo (sean o no sus hijos) es por demás interesante. He aquí algunas de las preguntas aconsejadas por Schilder al respecto:

- ¿Quiere, usted, tener un niño o una niña? ¿Por qué?
- ¿Qué nombres le gustan más para sus hijos?
- ¿Cuándo quiso por primera vez tener un hijo? ¿Por qué?
- ¿Cree, usted, que es bueno tener hijos? ¿Por qué?
- ¿Qué espera usted de sus hijos?
- ¿Desea, usted, ayudar a sus hijos o espera que ellos le ayuden?
- ¿Son sus hijos bien parecidos? ¿Y bien dotados?
- ¿Quiere, usted, que sus hijos sean famosos, ricos, felices?
- ¿Se preocupa (o preocuparía) usted, por la salud de sus hijos?
- ¿Acerca de qué partes de sus cuerpos se preocupa usted especialmente?
- ¿Se interesa, usted, por las partes sexuales de sus niños?
- ¿Ha controlado, usted, alguna vez sus actividades sexuales?
- ¿Qué piensa acerca de su micción y defecación?
- ¿Les contraría, usted, mucho?
- ¿Ha tenido, usted, alguna vez deseos de muerte contra ellos?
- ¿Cómo cree, usted, que han de ser castigados los niños?
- ¿Cuáles son los momentos más felices que usted ha pasado con ellos?
- ¿Desea que se parezcan a usted y a su familia o al cónyuge y su familia?

d) *Animales*

La relación con animales es interesante en tanto puede dar idea indirecta del desarrollo de las actitudes e intereses sexuales y sociales no satisfechos o desviados. He aquí las más significativas preguntas del interrogatorio que, según Schilder, puede informar acerca de este extremo.

- ¿Juega, usted con animales? ¿Jugaba de pequeño?
- ¿Le asustaban?
- ¿Ha tenido alguna vez miedo de ser devorado por animales?
- ¿Ha sido, usted, mordido por alguno? ¿Cuántas veces?

- ¿Ha torturado o zaherido animales alguna vez?
- ¿Los ha visto orinar o defecar?
- ¿Qué efecto le (o la) producen las ubres de una vaca? ¿Ha visto usted, ordeñar?
- ¿Cuándo oyó hablar por primera vez de la castración de animales?
- ¿Conoce, usted, la diferencia entre un toro y un buey?
- ¿Ha comparado alguna vez las partes sexuales de un animal con las suyas?
- ¿Ha visto, usted, nacer animales?
- ¿Sabe, usted, lo que significa eso?
- ¿Ha visto, usted, el acto sexual entre animales?
- ¿Ha oído, usted, decir que los perros no pueden separarse cuando cohabitan?
- ¿Ha inspeccionado las partes sexuales de un animal? ¿Las ha tocado?
- ¿Ha tenido alguna fantasía -o intento- sexual con algún animal?
- ¿Ha sorprendido, usted, relación entre la cara de personas y de animales?
- ¿Sueña, usted, con animales? ¿Qué sueña acerca de ellos?
- ¿Hay animales que le causan aversión? ¿Cuáles?
- ¿Qué efecto le (o la) causa tocar animales?
- ¿Qué efecto le (o la) causa una serpiente? ¿Le gustan los gusanos? ¿Y los insectos?
- ¿Ha pensado alguna vez que no deberíamos matar y comer los animales?
- ¿Que piensa de la historia de Jonás y la ballena?
- ¿Ha creído alguna vez que los animales tienen poderes mágicos?

2. La relación con el propio cuerpo

Copiamos solamente la mitad de las preguntas referentes a este interesante aspecto de la dinámica personal, dada su gran extensión; consideramos que lo transcrito es suficiente para orientar acerca del modo cómo debe enfocarse tal interrogatorio:

- ¿Qué piensa, usted, de su fortaleza? ¿Y de su aspecto estético? (belleza)

- ¿Qué opina, usted, de su salud?
- ¿Se cree, usted, intensamente sexual?
- ¿Cuántas características del sexo opuesto cree, usted, tener?
- ¿Tiene, usted, bien desarrolladas las de su propio sexo?
- ¿Qué opina, usted, de su desarrollo futuro?
- ¿Cuál es, para usted, la parte más importante del cuerpo?
- ¿Qué opina, usted, de las diferentes partes de su cuerpo?
(cabeza, pecho, órganos sexuales, extremidades, etc.)-
- ¿Qué opina, usted, de sus pulmones y su respiración? ¿De su estómago y su digestión, de sus intestinos y defecación, etc.?
- ¿Qué opina, usted, de sus sentidos (vista, oído, tacto, etc.)?
- ¿Cuál es, a su juicio, la parte del cuerpo que tiene usted más perfecta? ¿Y la menos? ¿cuál es la que funciona mejor?; ¿y la peor? ¿Qué opina, usted, de su potencia sexual? ¿Se cree, usted, con mucha o con poca capacidad para tener hijos?
- ¿Qué opina, usted, de su intelecto?; ¿y de su memoria?; ¿y de sus emociones?
- ¿Tiene temor de que le ocurra algo a una parte de su cuerpo?
- ¿Es, usted, aprensivo respecto a lesiones o enfermedades?
- ¿Tiene miedo de sufrir golpes en las partes sexuales?
- ¿Cree que le ha hecho daño la masturbación?
- ¿Qué opina, usted, de las partes sexuales del sexo opuesto?
- ¿Le molesta o avergüenza que alguien vea sus partes sexuales? ¿Por qué?
- ¿Tiene miedo de las enfermedades venéreas?
- ¿Cree que le perjudica realizar el acto sexual?

3. Relación con las funciones del propio cuerpo

Aun cuando la serie de preguntas anteriores ya informa algo acerca de esta cuestión, precisa llevar mucho más a fondo el interrogatorio, sobre todo si existen síntomas somáticos. Schilder investiga separadamente estos extremos: a) masturbación; b) acto sexual; c) tendencias anales y uretrales; d) mamas; e) nacimiento; f) enfermedades; g) hábitos nutritivos. Para que se vea hasta qué punto hay que llegar en el detalle, transcribimos las preguntas que formula su cuestionario respecto a los apartados a), d) y g).

- a) ¿Cuándo se masturbó por primera vez?
 ¿En qué circunstancias?
 ¿Le dijeron que lo hiciese o lo realizó espontáneamente?
 ¿Cómo lo hizo? ¿Usó sus manos?
 ¿Juntó fuertemente los muslos? ¿Se frotó contra objetos?
 ¿Puso sus dedos en el clítoris? (si es hembra).
 ¿Los introdujo en la vagina? (id.).
 ¿Se tocó el pene? (si es varón).
 ¿Tocó otras partes de su cuerpo? (pezones, ano, etc.).
 ¿Se hizo daño durante la masturbación?
 ¿Tenía miedo de hacerse daño en su curso?
 ¿En que pensaba (o piensa) durante la masturbación?
 ¿Qué pasa en usted antes de masturbarse?
 ¿Y cómo se siente, una vez que la ha realizado?
 (Si hay masturbación recíproca en algún caso, las preguntas serán convenientemente modificadas).
- d) ¿Fue, usted, criado al biberón o al pecho?
 ¿Recuerda, usted, cómo mamaba?
 ¿Recuerda haber visto mamar a alguien, a sus hermanos?;
 ¿a otros?
 ¿Recuerda sus sentimientos acerca de ese acto?; y ahora,
 ¿qué piensa de él?
 ¿Qué impresión le produce el pecho femenino?; ¿y los pezones?
 ¿Le gusta tocar el pecho a la mujer?; ¿y besarlo?
 ¿Ha sentido alguna vez deseo de hacer daño o herir o cortar un pecho de mujer? ¿Cómo reacciona, usted, ante esa idea?
 ¿Qué reacción le parece experimentaría ante un suceso parecido?
 ¿Cree, usted, que el pecho es estético? ¿Cuándo supo su función?
 ¿Qué papel desempeñan sus pechos en el acto sexual? ¿Pasivo? ¿Activo?
 ¿Se excita, usted, si le tocan los pechos?; ¿una mujer?; ¿un hombre?; ¿un niño?
- g) ¿Qué come? ¿Cuál es el alimento más básico en su comida?
 ¿Qué comida prefiere? ¿Han cambiado sus gustos alimenticios?

- ¿Qué tal apetito tiene usted?
- ¿Cuántas horas puede usted pasar sin comer? ¿Le parece que resistiría bien el hambre? ¿Le gusta la leche?
- ¿Cuánto come? ¿Cree usted que come bastante?; ¿o demasiado?
- ¿Qué influencia ha notado, usted, que ejerce en su ánimo la comida?
- ¿Cuáles son, en su opinión, los alimentos ideales?
- ¿Cómo se siente, usted, después de haber comido bien?; ¿y mal?
- ¿Qué clase de bebidas le gustan? ¿Cuánta agua bebe? ¿Le parece que podría resistir la sed? ¿Le gusta comer de prisa o despacio?; ¿y beber?

4. Actitud respecto a sí mismo

Como se comprende, éste es un capítulo de extraordinario interés para el conocimiento de la personalidad del enfermo. Por eso no es de extrañar que su interrogatorio sea largo y complejo. Principalmente ha de versar acerca de la opinión que el sujeto tiene de sí, de sus ideales en la vida y de su rendimiento en ella. A continuación señalamos algunas de las preguntas básicas en este aspecto:

a) *Opinión de nosotros mismos*

- ¿Qué le gustaría que los demás pensasen de usted?
- ¿Qué impresión le gusta a usted más causar?
- ¿Prefiere, usted, aparecer como inteligente, amable, fuerte, enigmático, experimentado, ingenuo, frío, supersexual o hiposexual?
- ¿Le gusta que le consideren como religioso? ¿Cuál es el juicio que en estos aspectos cree usted merecer de los demás?
- ¿Qué diferencias nota usted entre la apreciación que tiene de sí mismo y la que le parece que tienen de usted?
- ¿Se compara, usted, a menudo, con otras personas?
- ¿Qué clase de personas le atrae a usted especialmente?
- ¿Se cree, usted, apto para conocer el carácter a los demás?
- ¿Qué piensa, usted, de la gente a la que le gusta darse importancia?

- ¿Admira, usted, a los actores, hombres de negocios o políticos?
- ¿Le gusta influenciar a otras personas?
- ¿Querría, usted, llegar a ser famoso?
- ¿Le interesan y afectan las opiniones de los demás acerca de usted?

b) *Ideales de vida*

- ¿Cuál es el propósito central de su vida?
 - ¿Cuál cree, usted, que es su destino?
 - ¿Cuáles son sus ideales en materia de ardor?; ¿de negocios?
 - ¿Qué piensa, usted, acerca de la educación?
 - ¿Cuáles son sus principales aficiones?
 - ¿Le gusta el trabajo?; ¿de qué clase?
 - ¿Se considera, usted, activo?
 - ¿Está, usted, satisfecho de ser como es o querría ser de otro modo? ¿Cómo?
 - ¿Cree, usted, que debe siempre obedecerse a la Ley?
 - ¿Cuántas veces ha violado, usted, alguna ley y cuál ha sido ésta?
 - ¿Cree, usted, que hay que ser siempre honesto con todo el mundo?
 - ¿Debe uno tratar de ayudar a los demás?
 - ¿Cuáles son las peores acciones que usted cree haber cometido? ¿Y las mejores?
 - ¿Se deben sacrificar los padres por los hijos, y viceversa?
 - ¿Cree, usted, en la eficacia del castigo y de la venganza?
 - ¿Prefiere usted ser un dirigente, un dirigido o ninguno de ambos?
 - ¿En qué aspectos le parece a usted que es diferente de los demás?
- Describa cómo, a su juicio, deberían ser los hombres y las mujeres para constituir un mundo perfecto.

cj *Rendimiento vital*

- ¿Qué es lo que usted ha hecho digno de ser referido en su vida?
- ¿Qué grado de cultura tiene? ¿Cuál fue su rendimiento escolar?
- ¿Qué habilidades posee?
- ¿Hay diferencias en su rendimiento según las épocas? ¿Cuáles?
- ¿Le gusta a usted organizar o inspirar alguna obra?
- ¿Cuáles son sus proyectos de trabajo?

5. Funciones y relaciones sociales

Este sector de la personalidad del enfermo comprende: sus relaciones amorosas, sus relaciones amistosas, su situación social; veamos el tipo de preguntas referentes a tales datos:

a) *Relaciones amorosas*

- ¿Qué es el amor?
- ¿Cuál es el tipo de persona de quien usted cree poderse enamorar más?
- ¿Se siente, usted, capaz de enamorarse a «primera vista»?
- ¿Cuánto cree, usted, que dura, como promedio, un amor?
- ¿Piensa, usted, en el fin de una aventura cuando se halla en su principio?
- ¿Se enamora, usted, con frecuencia? ¿De cuántas personas recuerda haberse enamorado hasta ahora?
- ¿Cree, usted, que hay derecho a tener relaciones sexuales con la persona de la que estamos enamorados, quienquiera que ella sea?
- ¿Cree, usted, que hay derecho a que dos personas que «se gustan» tengan relaciones sexuales?
- ¿Sería, usted, capaz de persistir en una actitud amorosa sin tener satisfacción sexual?
- ¿Cree, usted, que hay derecho a tener relaciones sexuales con alguien que no tenga compromiso alguno, aun cuando no esté enamorado?
- ¿Tiene, usted, temor de perder su independencia al enamorarse?
- ¿Tiene miedo de que su objeto de amor le decepcione, o le abandone?
- ¿Cómo reaccionaría si descubriese el engaño de la persona que usted ha elegido para amar?
- ¿Elija en general personas a quienes usted juzga superiores, iguales o inferiores a usted?
- ¿Le gusta a usted enterarse de todos los detalles de la vida anterior de la persona con quien entra en relación amorosa?
- ¿Qué piensa, usted, de las llamadas «perversiones» sexuales (homosexualismo, sadomasoquismo, etc.?).
- ¿Qué piensa usted de los celos?

b) *Relaciones amistosas*

- ¿Qué es la amistad y qué piensa usted de ella?
- ¿Le gusta tener amigos? ¿Cuántos?
- ¿Es posible tener amigos de sexo opuesto?
- ¿Puede existir amistad entre personas que, además, tienen relaciones sexuales entre sí?
- ¿Cree que los mejores amigos han de ser de condición social y económica semejante, o diferente?
- ¿Cuáles fueron sus primeros amigos?
- ¿Qué sacrificios haría usted por conservar la amistad de alguien?
- ¿Le gustaría a usted que los amigos le acaricien?
- ¿Cree, usted, que hay que «hacer cumplidos» entre amigos?
- ¿Ha sentido, usted, alguna vez odio hacia alguno de sus amigos?

c) *Situación social*

- ¿Cuál es la ocupación de sus padres, abuelos, hermanos y parientes próximos?
- ¿Cuál es la situación financiera familiar?
- ¿Cuál es su educación, su religión y su raza?
- ¿Qué opinaba, usted, del hogar en donde se educó?
- ¿Cómo estaban distribuidos los dormitorios en su casa y quiénes los ocupaban?
- ¿Fue usted criado por su madre, por alguna pariente, por niñeras?
- ¿Tuvo, usted, compañeros de juego en su infancia? ¿Cuáles eran los juegos que usted hacía?
- ¿En qué colegios estuvo? ¿Qué tal eran?
- ¿Cuál era, aproximadamente, la distribución del presupuesto familiar en su infancia y cuál es ahora?
- ¿Qué libros eran especialmente leídos en su hogar?
- ¿Qué clase de distracciones preferían sus familiares y usted?
- ¿Cuáles son las opiniones políticas, sociales, estéticas, económicas, etc., de su familia y de usted?
- ¿Quién cree, usted, que es la persona que ejerce más autoridad en su familia?
- ¿Está, usted, satisfecho de sus relaciones sociales o querría cambiarlas? ¿Cómo las cambiaría si pudiese?

- ¿Tiene, usted, alguna persona de relieve social a la que le gustaría parecerse?
- ¿Cuál era la actitud de usted y la de su familia frente a las reuniones caseras, a las diversiones y deportes, a la bebida, el juego, etcétera?
- ¿Cuáles eran las ideas religiosas de usted y de su familia, y las políticas?
- ¿Cuáles son ahora?

6. Dos cuestionarios especiales

A la larga serie de cuestiones que hemos resumido ya, Schilder agrega -para el mejor conocimiento de la personalidad del enfermo- dos cuestionarios, uno acerca de la agresividad y otro acerca de la muerte, que ha ensayado ampliamente con sus colaboradores. Helos aquí (algunas preguntas han sido adaptadas a nuestro ambiente):

a) *Agresividad*

- ¿Qué es coraje? Dé ejemplos.
- ¿Qué es cobardía? Dé ejemplos.
- ¿Por qué no se ha de ser cobarde?
- ¿Le ha gustado alguna vez contradecir?
- ¿Cree, usted, que conviene siempre dominar la situación?
- ¿Se debe luchar con alguien que sea más fuerte o más débil?
- ¿En qué condiciones cree, usted, justificado pegar a alguien?
- ¿Cuándo cree, usted, justificado disparar contra alguien?
- ¿Cómo se defendería usted contra alguien, más fuerte, que lo atacase?
- ¿Es, usted, fuerte? ¿Le gustaría ser más fuerte?
- ¿Querría, usted, ser débil (físicamente hablando)?
- ¿Cree, usted, que tiene mucha importancia la fuerza física?
- ¿Le ofenden y molestan a usted con frecuencia?
- ¿Cómo cree, usted, que habrían de ser castigados los criminales?
- ¿Se halla justificada, a veces, la pena capital?
- ¿Se juzga, usted, bueno o malo? (social y moralmente, ¿cómo y cuánto?).

- ¿Qué cree, usted, qué está bien y qué está mal en la vida sexual?
- ¿Cuál es su propósito (o propósitos) en la vida?
- ¿Cuáles son sus principales objetivos (deseos a lograr) en la actualidad?
- ¿Qué dinero necesitaría, usted, ganar para ser feliz?
- ¿Cuándo se siente, usted, satisfecho y alegre?
- ¿Cuáles son las personas que, usted, considera como sus héroes?
- ¿Le gustaría, a usted, llegar a ser héroe? ¿Cómo?
- ¿Qué piensa, usted, de la guerra?
- ¿Pelearía, usted, en la guerra?
- ¿Preferiría, usted, ser muerto como un héroe o vivir como un cobarde?

b) *Muerte*

- ¿Piensa, usted, a menudo en la muerte?
- ¿Qué se le ocurre, a usted, cuando piensa en ella?
- ¿Cree, usted, que trata de no pensar en la muerte?
- ¿Le molesta, a usted, la idea de la muerte, como una sombra, en su vida?
- ¿Tiene, usted, miedo de la muerte, de morir o de ser muerto?
- ¿Deseó, usted, alguna vez morir o ser muerto? ¿Cuándo y cómo?
- ¿Llegó, usted, a pensar en suicidarse? Si tuviese que aconsejar un suicidio, ¿qué procedimiento cree, usted, preferible? (colgamiento, disparo, ahogamiento, envenenamiento, quemamiento, desfenestramiento, etc.).
- ¿Intentó, usted, alguna vez el suicidio? ¿Cómo, cuándo y por qué?
- ¿Establece, usted, alguna relación entre el Amor y la Muerte?
- ¿Cree, usted, en una vida ulterior a la muerte? ¿Cómo se la imagina usted?
- ¿Le molesta a usted ver un cadáver?
- ¿Se imagina, usted, lo que pensaría si se estuviese muriendo?
- ¿Ha pensado, usted, lo que haría si le comunicasen que sólo le queda una hora de vida?
- ¿Ha pensado, usted, en la muerte de personas queridas? ¿Ha tenido alguna vez el deseo de que muera alguien? ¿Y el de matar a alguien?

¿Ha matado animales? ¿Cuáles?

¿Qué muerte le conmueve más, la rápida o la lenta, la de una persona joven o la de un viejo, la de un ser insignificante o la de un ser importante?

Naturalmente que los resultados obtenidos con las pautas que acabamos de mencionar han de ser integrados e interpretados en cada caso con particular fineza por el psicoterapeuta, a base de asociarlos a los proporcionados por otras pruebas y datos. Entonces sabrá qué clase de sujeto tiene ante sí y cómo ha de enfocar su actuación curativa. Fácilmente se comprende que la adopción de una actitud adecuada al *modo de ser, de hacer y de valer* del enfermo es condición básica -cualquiera que sean los restantes elementos de la ecuación morbosa- para la obtención del éxito psicoterápico. Y de otra parte, el conocimiento exacto de la individualidad a tratar, permitirá también formular un pronóstico de probabilidades de tal éxito, pues cuanto mayor sea el aporte constitucional (psicopático) y menor el influjo paratípico, más escasas serán las esperanzas de una adaptación definitiva y más necesaria resultará la adopción de una permanente «tutela» psicoterápica. Como dice agudamente Prinzhorn, a veces la psiconeurosis es hasta cierto punto conveniente pues «denuncia» al psicópata y sirve de señal de alarma para la Sociedad; curada aquella y no modificado éste, el resultado se asemeja al que se obtiene cuando se quita el polvo a una vieja alfombra: se destacan entonces las manchas y los agujeros de su trama, ya consubstanciales.

c) EL AMBIENTE

Aun cuando la exploración de la personalidad morbosa ya proporciona datos referentes a «su» ambiente, es necesario que el psicoterapeuta conozca, a poder ser, de «visu» el medio -físico y psicológico- en el que se desarrolla la vida del sujeto a quien atiende. En primer lugar, el estudio de los caracteres de los familiares con quienes convive, el de sus amigos íntimos y el de las personas que, en general, le rodean va a servir para establecer un plan de «acción conjunta» en la que deberán colaborar con el psicoterapeuta todos esos elementos, proporcionándole datos, siguiendo sus indicaciones hasta donde sea posible y evitando, sobre todo, el

ahondar más las divergencias de opinión y los conflictos que existan entre ellos y el enfermo. Unas veces con razón y otras sin ella, lo cierto es que éste casi siempre tiene una relación interpsicológica difícil y compleja con su ambiente social inmediato. La moderna Psicoterapia opina -en contra del psicoanálisis ortodoxo- que su acción no ha de limitarse al enfermo sino extenderse al campo vital que le rodea y por ello en muchas ocasiones se hace necesario sustraerlo provisionalmente de él, con el fin de estudiar mejor el plan de su ulterior readaptación.

Es por ello que el psicoterapeuta se verá obligado en muchos casos a prescribir el trasplante del enfermo a un «ambiente psicológico artificial y esencialmente apto para adaptarse a sus peculiares necesidades»: tal ambiente se halla en los Sanatorios o Institutos o Casas Médicas especiales (Kurhaus, Heime, Maisons de Repos, Psychological Clinics, Orthophrenic Institutes, etc.), en donde aquel va a convivir no sólo con el psicoterapeuta y su familia (que por definición es «neutra», pero en realidad es «simpatizante»), sino con un personal técnico subalterno especialmente preparado para seguir las normas psicoterápicas convenientes. Entre tanto se iniciará la modificación de las actitudes del medio psíquico que habitualmente ha rodeado al paciente, con el fin de preparar su ulterior reingreso en él sin temor a recaídas. Esta obra, de corrección del ambiente, es tan o más importante -sobre todo cuando se trata de psicópatas con gran tara hereditaria- que la ejercida directamente sobre estos y a veces es incluso necesario acompañarla de una total modificación del medio físico (clima, casa, alimentación, etc.), tanto más si se tiene en cuenta la influencia que éste puede ejercer sobre la somatopsique y, a su través, sobre la timopsique. En efecto, las variaciones del ambiente físico influyen directamente en el metabolismo y en el equilibrio hormonal, determinando oscilaciones del tono neurovegetativo las que, a su vez, influyen en la «resonancia afectiva» que encuentren las ideas y propósitos del sujeto.

d) EL TRASTORNO MORBOSO

Podría parecer, a priori, que el éxito o el fracaso de la Psicoterapia ha de hallarse exclusiva o principalmente ligado a la naturaleza de las alteraciones que intenta combatir. Esto es cierto

solamente en los casos extremos, de morbosismos netamente fisiógenos (neoplasias, septicemias, traumas) o netamente psicógenos (crisis emotivas «situativas»), pero lo cierto es que en la inmensa mayoría de enfermos tal división resulta imposible de establecer, ni siquiera aproximadamente, observándose un tal imbricamiento e interacción entre las alteraciones locales y las globales de su individualidad que se hace necesario renunciar a la diferenciación, antes tan importante, de los trastornos en psíquicos y orgánicos. Solamente podrá tratarse de establecer la separación sintomática en los dos planos: *subjetivo y objetivo* (el primero constituido por lo que el sujeto espontáneamente expresa mediante sus quejas verbales y el segundo formado por lo que el psicoterapeuta observa mediante sus sentidos). Y también -como ya expresamos en el capítulo primero- habrá de intentar separar las alteraciones que constituyen un *modo de respuesta habitual* del organismo frente a múltiples influencias nociocéptivas y que, por lo tanto, aparecen ya precozmente en la historia de su evolución individual, de aquellas que representan un algo *inusitado y extraño* -valga el término- en la misma. Así, la valoración de un insomnio dependerá, en primer término, de que éste sea o no objetivamente revelado y, en segundo lugar, de que haya sido ya observado desde la infancia o aparezca inicialmente (y en franco contraste con un sueño plácido y regular) en una época avanzada.

Para la debida clasificación de la fenomenología morbosa se han ideado diversas pautas. Una de las más útiles es la que presenta en sentido ascendente la vida individual, cual si fuese un edificio cuyos cimientos se hallan representados por el aporte heredado (genotipo) y cada uno de los pisos corresponde a un año de su edad postnatal. Las incidencias y variaciones de su vitalidad e higidez se anotan en el nivel cronológico en que aparecen y, dentro de él, se disponen en diversas columnas los síntomas, motivaciones o causas, datos médicos, mesológicos, etc., debidamente clasificados, de suerte que al final de cada año evolutivo se pueda establecer una síntesis, no sólo del estado sino de la marcha o devenir individual. Este tipo de representación gráfica de la historia clínica ayuda enormemente a la debida comprensión de las interacciones que se establecen entre los factores morbosos y la resistencia individual, proporcionando una *visión diagnóstica pluridimensional* (Kretschmer) y permitiendo la mejor comprensión de la que Birn-

baum denomina *arquitectónica* o *estructura* morbosa (Véase a este respecto, en el Apéndice, el cuadro sintético (E. I. A.) y las normas para interpretación de antecedentes que usa en su servicio de Clínica Médica el Dr. M. J. Barílari).

e) ACTITUD DEL SUJETO ANTE SU TRASTORNO

Sumamente interesante, para fundamentar la obra y el pronóstico psicoterápico, resulta la averiguación del *concepto* que el sujeto tiene de su propio estado morboso la *importancia* relativa que concede a sus síntomas, la *actitud* que toma frente a ellos y ante el terapeuta, la *prospección* que adopta como válida para el futuro de su curso morboso, etc. Todos estos datos pueden ser sistemáticamente investigados mediante un cuestionario que usamos, desde hace años, como complemento de la denominada *hoja automorbo-gráfica* (en la que se obtiene la visión subjetiva del existir morboso). Helo aquí:

¿Desde cuándo le parece, a usted, que está enfermo?

¿En qué le parece, a usted, que consiste su enfermedad?

¿A qué la cree, usted, debida?

¿Cómo cree, usted, que podría curarse mejor?

¿Cuáles cree, usted, que serían las consecuencias de ella si no se pusiese usted en tratamiento?

¿Qué se le ocurriría, a usted, hacer si en su actual estado se viese desprovisto de consejo médico y de medios para curarse?

¿Cómo cree, usted, que se encontrará de salud de aquí a un mes, seis meses, un año, diez años? ¿Por qué?

Si usted tuviese que evitar a un ser querido el peligro de hallarse como usted se encuentra ahora, ¿qué consejos le daría?

¿Cree, usted, que los demás pueden hacer algo para favorecer la cura de su actual trastorno? ¿Quiénes y qué han de hacer?

Describa por orden de aparición sus molestias. Descríbalas ahora de acuerdo al grado de sufrimiento que le ocasionan. Vuelva a describirlas con arreglo a la gravedad que usted les atribuye. Conteste ahora, cuáles son las que usted cree que pueden hacerse desaparecer más fácilmente y las que le parece más difícil de combatir. Explique por qué la cree usted así.

f) ELECCIÓN Y DOSAJE DE LAS TÉCNICAS

De acuerdo con los datos obtenidos del análisis del enfermo, de su ambiente y situación y del trastorno que motiva la intervención psicoterápica hay que proceder a la formulación de un plan de acción que comporta una adecuada elección y combinación de las técnicas de que se dispone en la actualidad para conseguir suprimir el último, modificar convenientemente el segundo y curar y elevar al primero a un plano de superior rendimiento y satisfacción.

En síntesis, los procedimientos de actuación sobre la Psique pueden encuadrarse en tres grandes casilleros: *Coacción*, *Sugestión* y *Persuasión*. En el primero cabe incluir todos los recursos que tratan de obtener el reajuste del enfermo mediante el empleo de la *fuerza* (ya sea ésta aplicada mecánicamente, ya sea impuesta de un modo indirecto, atemorizando al sujeto). Ni que decir tiene que este tipo de actuación, anticientífica, debe proibirse salvo en rarísimas y excepcionales ocasiones, en la cura psicoterápica. En el segundo grupo caben casi todos los denominados métodos psicoterápicos preexistentes al psicoanálisis (sin que éste se halle totalmente libre de su inclusión en él) y que se basan en la obtención del estado de Fe en la curación por parte del enfermo, recurriendo a la estimulación de sus tendencias emocionales. En el tercero se incluyen las técnicas que se basan predominantemente en el empleo de la Razón, del conocimiento, la comprensión y el convencimiento lógico para lograr la supresión del estado patológico. Tales grupos se dividen y subdividen, se mezclan y se integran completamente, pero para fines didácticos pueden clasificarse así:

TÉCNICAS PSICOTERAPIAS

a) *Coactivas* í La única que todavía merece mencionarse es la denominada "Cura de Weir Mitchell" para las psiconeurosis y depresiones simples, basada en el aislamiento absoluto, el encarnamiento y la sobrealimentación del enfermo por un período no inferior a 3 meses.

	Directa	
		í Actínica, Mecánica
Sugestión vigil...	Física... /	Térmica, Hídrica
	Indirecta	Eléctrica
		Química
		Biológica

b) *Sugestivas* * í Sofística
 Psicológica / Mágica
 Hólica (Religiosa).

	Directa	
Sugestión hipnótica		Narcohipnosis
	Indirecta	1 yibrohipnosis

Sugestión prehipnótica de Coué
 Relajación de Jacobson
 Entrenamiento concentrativo de Schultz
 Hipnosis de O. Vogt.

<i>Estimulantes...</i>	Reafirmación voluntaria (Payol).
	Convencimiento razonante (Dubois).
	Remoralización (Janet).

c) *Persuasivas* *Psicoanalíticas...* Catarsis (Freud).
 Reintegración a la Comunidad (Adler).
 Individuación (Jung).

Psicagógicas. Basadas en el planteamiento y solución de los problemas formales y materiales que entorpecen la síntesis armónica del Ser. El Parecer, el Valer y el Quehacer individuales (Kronfeld, Prinzhorn, Maeder, Burrows, Schilder, etc.).

á) *Auxiliares* *Ludoterapia.*

Fácilmente se adivina que un psicoterapeuta será tanto más completo cuanto mejor sepa manejar todos estos recursos y elegir los más convenientes para obtener el resultado curativo en cada caso particular. Al estudiar, en los capítulos sucesivos, cada uno de ellos tendremos ocasión de formular sus indicaciones y limitaciones particulares, mas ahora deseamos insistir solamente en la necesidad de conceder la debida atención a su conveniente integración en el curso del tratamiento, tomando además en consideración que este último no se limita solamente a la acción psicoterápica sino que ha de combinarse en muchos casos con un plan somatoterápico y que *no ha de desaprovecharse la ocasión de reforzar la acción directa de éste mediante la debida correlación de aquella acción con él.*

g) INTEGRACIÓN ADECUADA DE LAS TÉCNICAS EN EL PLAN GENERAL

Conseguir una buena *integración de las técnicas psicoterápicas en el plan general* de acción sólo puede hacerse trabajando en equipo en una clínica o bien poseyendo el psicoterapeuta una perfecta formación psicosomática. Ésta es sobre todo necesaria en la gran cantidad de casos en los que existe un núcleo orgánico difícilmente asequible a la influencia psíquica pero, de otra parte, los factores psíquicos complican la evolución de aquel y no permiten esperar un éxito mediante el tratamiento puramente somático. De la forma como se alternen y combinen ambos tipos de actuación (extendida, en cuanto al aspecto psicoterápico, al ambiente que rodea al enfermo) dependerá en gran parte el éxito o el fracaso conseguidos. Por regla general el acento inicial de la terapéutica deberá colocarse en conseguir que el enfermo tome una posición activa frente a su trastorno y adquiera una exacta y clara apreciación del mismo desde el punto de vista fenoménico, pasando a ser más *espectador* que *autor* de sus propios sufrimientos y, de otra parte, cambiando la actitud de «resignación» o «desesperación», de «queja» y de «escepticismo» por la de «auto-observación» de su fachada sintomática, de análisis -ayudado- del curso morboso y de empleo activo de todos sus recursos personales en la lucha contra el mismo».

No se olvide que este «cambio de actitud frente al hecho mismo del existir morboso» es condición *sine qua non* para garantizar no sólo la recolección de datos útiles para la interpretación patológica del mismo sino para conseguir cuanto antes una «mejoría

sintomática» que anime al enfermo a seguir su contacto con el psicoterapeuta, cualesquiera que sea la técnica por éste empleada. Claro es, de otra parte, que el tan necesario cambio de enfoque autoscópico no se conseguirá sin avanzar al enfermo alguna previa explicación general de su caso. En este aspecto hay que ser prudente y no adelantarse demasiado ni tampoco pretender que el paciente «crea bajo palabra»: *hay que dar un contenido objetivo y comprobable a las aseveraciones iniciales*. Afortunadamente entre estas ha de incluirse la de que «resulta inútil lanzarse a ensayos terapéuticos sin haber agotado antes los recursos de exploración» y que «es preferible sufrir unos días más *con* tal de que después la eficacia de un tratamiento racional del caso permita su yugulación total y definitiva», en vez de refugiarse en un simple y pasajero alivio (obtenido a base de recursos que enmascaran la fisonomía del proceso o la reacción a tratar).

Groseramente puede decirse que toda actuación psicoterápica comprende tres fases: en la 1ª el enfermo, de un modo más o menos subconsciente, opone su resistencia personal a dejarse penetrar por la influencia del médico; en la 2ª se consigue que colabore con éste en la lucha contra los síntomas; en la 3ª se obtiene que luche, ya, contra las causas o motivos de los mismos y proceda a «corregir el perfil de su Destino», centrándose mejor íntima y externamente. Para superar la 1ª fase convendrá «hablar poco y escuchar mucho», «preguntar más que responder», «explorar más que interpretar», no lanzarse a la coacción sino a la sugestión larvada o indirecta, en tanto se prosigue el análisis del caso. En la 2ª pueden ya ponerse en juego sin mayor dificultad las técnicas sugestivas o las persuasivas estimulantes, según los casos. En la 3ª se requiere recurrir a las técnicas psicagógicas.

BIBLIOGRAFÍA

- P. JANHT.: *Les médications Psychologiques*. F. Alean París. 3 vol. 1928.
SCHULTZ.: *Psychotherapie*. Leipzig. 1928. Ed. Thieme.
KRONFFLD.: *Psychotherapie*. Berlín. 1925. Springer.
JASPERS.: *Allgemeine Psychopathologie* (Trad. francesa de la 3ª ed.). F. Alcan. 1933. París.
PRINZHORN.: *Psychotherapie*. Leipzig. 1929. Thieme,
SCHILDER.: *Psychotherapy*. Norton. New York. 1938,
G. MEYER.: *Psicoterapia del médico práctico*. Gil. ed. Buenos Aires. 1940.

CAPITULO V

Psicoterapia sugestiva. Qué ha de entenderse por sugestión. Diversos tipos de curación sugestiva. Estudio especial de los métodos de sugestión vigil.

A pesar de lo muchísimo que se ha escrito acerca de la sugestión», y quizás por ello mismo, resulta todavía confuso su concepto, no sólo para el profano, que ve en ese proceso un algo misterioso y ultrahumano, sino para el médico no avezado al estudio de la Psicología moderna.

Como no es posible realizar con eficacia la Psicoterapia sugestiva sin tener una idea clara acerca de en qué consiste la sugestión y, de otra parte, la mayor parte de las obras dedicadas a esta materia pasan con excesiva ligereza sobre este punto, arguyendo que no merece mayor atención por haber sido superada y desplazada la técnica sugestiva por otras más seguras, habremos de tratar de llenar esta falla dedicándole una atención especial:

QUÉ HA DE ENTENDERSE POR «SUGESTIÓN»

En primer término, con esta palabra en lenguaje corriente se confunden 3 contenidos tácticos bien distintos: a) el acto de suggestionar (o «hacer» una sugestión); b) el proceso en virtud del cual dicho acto se realiza o tiene lugar en el sujeto recipiente; c) el efecto del mismo. Con el fin de evitar tal barullo, al primero, es decir, al *acto de suggestionar* o «acción suggestionante» lo denominaremos *influjo sugestivo* o *sugerencia*; al proceso en virtud del cual ésta actúa y se realiza lo llamaremos «*proceso de sugestión*» y a su resultado, cuando es positivo, «efecto sugestivo» o *sugestión* propiamente dicha. A la propiedad que algunas personas tienen de suggestionar Eá

cilmente a las demás la designaremos como «*sugestividad*» y a ellas las llamaremos «sugestivas»; a la recíproca propiedad que otras personas tienen para dejarse influir por los estímulos o influjos sugestivos (sugerencias) la calificaremos de «*sugestibilidad*» y a tales sujetos les consideraremos «sugestionables», antes de operar en ellos el proceso de sugestión y de «sugestionados», después de haberlo hecho.

Previas estas aclaraciones podemos ya emprender la tarea de analizar en qué consisten esos tres hechos, comúnmente englobados bajo el calificativo de Sugestión. El primero de ellos queda definido por un «propósito»: el de hacer aceptar un cierto contenido intencional del sugestionador al sugestionable y conseguir que éste lo realice (en sí mismo o en el ambiente exterior) convirtiéndose así en sugestionado, incapaz de modificarlo o resistirse a él. Expresado en otros términos, el acto o acción sugestionante intenta obtener que una idea cualquiera se instale en el sujeto sugestionable y *pase directamente a la categoría de creencia y de conación decidida* sin tener que sufrir el control de su conciencia personal o desbordándolo con tal fuerza que lo haga inefectivo. La mente del sujeto sugestionado se comporta entonces como una blanda cera en la que se inscribe y fija cuanto desea el sugestionador que pase así a obtener de aquél una «absoluta sumisión» y una «obediencia ciega» a sus propósitos (sugerencias) en la medida en que excluye la acción de su crítica y autodeterminación.

Ahora bien, la práctica observación diaria nos ofrece múltiples ejemplos demostrativos de que una situación completamente análoga a la descrita, pero divergente de ella por la ausencia del «sugestionador», ocurre siempre que una idea cualquiera es de algún modo asociada a la satisfacción de una tendencia primaria de reacción, por ella reactivada y mediante ella descargada. Tal ocurre, por ejemplo, cuando cualquier contenido verbal o fáctico (nombre o movimiento) adquiere un *carácter simbólico* y se hace equivalente del estímulo absoluto de una emoción determinada. Entonces vemos que aquel material -neutro e inanimado- actúa en apariencia como si poseyese una fuerza mágica especial, ya que por su mera presencia determina en el sujeto reacciones de extraordinaria intensidad y persistencia, acordes con su significación intencional simbólica. Así, determinados «amuletos», que en sí son simple tela, cartón, madera o piedra, ejercen por su mera presencia, una modificación profunda en el estado anímico y en la con-

ducta de grandes masas de sujetos, capaces de sentirse morir o revivir ante ellos. Esto nos introduce una duda acerca del valor de acción (*virkungseffekt*, de los alemanes) del «influjo sugestivo» y nos hace sospechar, ya, que en el proceso de la sugestión el sugestionador o «lo sugestivo de lo sugestionante» tiene mucha menos importancia que el sugestionado o «lo sugestible», de éste, ya que «lo sugestionante» puede ser cualquier objeto neutro, insignificante o incluso irreal, *a condición de que por asociación evoque un estímulo capaz de sumergir al sujeto en un estado emocional que le prive de su control crítico y lo coloque en condiciones de pasividad automática*, es decir, de obediencia absoluta ante las directrices de acción que en potencia representa.

En cuanto al proceso en virtud del cual esto se realiza, es decir, en cuanto al cambio funcional que provoca el paso de un estado psíquico normal a otro de credulidad absoluta, de sumisión incondicional y de pérdida de la libre y consciente espontaneidad en la conducta, nada tiene en realidad de misterioso. Si antes se atribuía a una hipotética «sustitución del Yo sugestionado por el Yo del sugestionador» o a una «captación de su voluntad» (Grasset) o, incluso, a la acción de una supuesta «fuerza magnética» (Mesmer) ahora se considera debido a un *proceso de inhibición secundario a una reactivación de centros jerárquicamente inferiores pero cronológicamente más antiguos del encéfalo*. Tales centros obedecen a la Ley del Todo o Nada, no poseen, por su simplicidad estructural, posibilidad selectiva, no permiten un conflicto entre diversas posibilidades reaccionales (que se acusa ante la conciencia en forma de «juicio deliberante», de proceso ponderativo de los «pros» y los «contras», que termina *escogiendo* la respuesta implícita en la tendencia reaccional prepotente). Por el contrario, o no responden ante el estímulo o lo hacen en forma unívoca y absoluta. Pudiera decirse que lo que caracteriza desde este punto de vista el proceso de la sugestión es la *exclusión* (Ausschaltung, de los alemanes) de extensos campos funcionales de la corteza cerebral, engendrándose así una especie de *cortocircuito* que abrevia -en el tiempo y en el espacio- el trayecto interneuronal que separa ordinariamente el estímulo y la respuesta: propiamente puede, pues, afirmarse, que el proceso de la sugestión sustituye la actividad total y global del encéfalo por una parte, automática, que representa «un nivel de inferior y más primitiva organización en la evolución psíquica». De acuerdo con esto, todo *cuanto tienda a fatigar, debilitar o inhi-*

bir la actividad de los centros superiores de la corteza cerebral (hambre, cansancio, sueño) aumentará la «sugestibilidad» lo mismo que todo cuanto tienda a reactivar o aumentar la acción de los centros subcorticales y mesencefálicos, constituyentes de la denominada «persona profunda» u *Hombre-Masa* (es decir, conjunto de dispositivos reaccionales fijados por la herencia o por un antiguo proceso de habituación). Siendo las denominadas emociones primarias (Miedo-Rabia o Cólera-Afecto o Amor) con sus correspondientes dispositivos reaccionales la base de nuestra Persona, se comprende que todo cuanto tienda a ponerlas en marcha tenderá, por ello mismo, a transformar al sujeto en un ser «sugestible». Si entonces se consigue, mediante un artificio técnico, *anar* cualquier *contenido intelectual* (afirmación, negación o duda), o cualquier *actitud* (o posición afectivopráctica) con la satisfacción de la tendencia implícita en dichas emociones, observaremos cómo el sujeto es sugestionado por aquel o ésta, los admite y asimila como si fuesen propiamente brotados de su intimidad y se comporta cual un sumiso siervo ante ellos o *ante quien los vehicula*. Es así cómo una vez conseguida la identificación de la persona «sugestionante» con las imágenes representativas y efectivas de la satisfacción de los impulsos primarios de reacción, aquella se muestra omnipotente y onniscente ante la persona «sugestionada», pero - y esto es lo importante- *sólo lo es en la medida en que sirve para satisfacer tendencias pre-existentes en ella*. Si no fuese por el refuerzo o resonancia que en la individualidad sugestionada hallan las sugerencias provenientes del exterior éstas serían inefectivas. Todo, pues, cuanto realiza un sujeto sugestionado es mentado y propiciado por una parte (cuando no por la Totalidad) de su Ser. La aparente contradicción que puede existir entre las creencias y propósitos conscientemente manifestados por el sugestionado y su conducta durante el estado de sugestión encuentra su causa en la *oposición* que a menudo existe entre las actitudes consciente e inconsciente de reacción; si ésta no tiene lugar, es decir, si nos hallamos frente a una Persona que está *totalmente de acuerdo con sí misma* no podremos esperar de la sugestión más de lo que podamos obtener con la persuasión corriente.

Esto explica el por qué las personas con una insuficiente síntesis de su individualidad, aquellas en las que coexisten tendencias contrapuestas y casi equipotentes, las que no llegan a establecer una conducta armónica y firme, de acuerdo con su modo de Ser

(es decir, las que tienen una exagerada distancia intrapsíquica entre los 'polos o núcleos energéticos integrantes de su estructura afectivo-caracterológica) *son las que con mayor facilidad pueden alterar sus actitudes por la técnica sugestiva*. En ellas hemos de incluir las denominadas personalidades histéricas, infantiles, inestables, débiles, hipertímicas o incontinentes emocionales que constituyen buena parte de las denominadas «personalidades psicopáticas».

Desgraciadamente la dicotomía y antinomia que en sus actitudes de reacción se observa hace que los «efectos» del proceso sugestivo, si bien rápidos o, incluso, intensos no acostumbra a ser duraderos. Los psicólogos antiguos crearon el término de «contra-sugestión» para designar la inversión de signo del proceso y tratar de explicar su carácter efímero; lo justo es considerar que el agotamiento de una sugerencia, es decir, la pérdida de su efecto, se basa en los mismos hechos que la hicieron efectiva y por tanto hay que admitir desde ahora que la Psicoterapia científica si bien puede tener que recurrir en ocasiones a las técnicas sugestivas no debe contentarse con ellas y ha de aspirar a un más sólido y perenne fundamento.

Respecto al tercero de los hechos que estamos analizando, o sea la *naturaleza y la modalidad de los efectos* del proceso de la sugestión, hay algo importante que precisa añadir al ya citado carácter de su temporalidad y es el dato de que tales efectos *no pueden desbordar el limitado marco productivo en que se desenvuelve la mentalidad primitiva*. Ésta es, sobre todo, de tipo fisiognómico, antropomórfico, intuitivo-imaginativo, rica en vivencias difusas y evanescentes, más sentidas que pensadas. Por ello será posible obtener la «sugestión» de que desaparezca tal o cual «sentimiento o síntoma de enfermedad», de que el sujeto «se sienta» alegre o de que «confíe en su porvenir», pero no será factible realizar en él la «sugestión» que le permita ser un buen artista o un buen técnico si antes lo era malo, ni la que le capacite para dominar las dificultades de un aprendizaje superior a sus posibilidades intelectuales, ni la que le lleve a comportarse con serena eficiencia ante una nueva situación que por su complejidad requiera el uso de los más finos y sutiles dispositivos personales de reacción. En suma: las técnicas sugestivas son mucho más útiles para obrar sobre la denominada «Timopsique» que sobre la llamada «Noopsique», mas como la vivencia de enfermedad y la del bienestar o el malestar ge-

nerales dependen en mayor medida de aquella que de ésta, es decir, tienen un carácter preferentemente afectivo e irracional, aparecen «a priori» y dadas «d'emblée» (como fondo sobre el que se destacan en el escenario consciente las notas aisladas de los contenidos noemáticos) se comprende que los efectos del proceso de sugestión resulten de sumo interés para el médico, ya que éste no puede nunca olvidar que el paciente acude a él no tanto en demanda de un diagnóstico exacto o de un pronóstico válido como de una actuación que le permita cuanto antes «*sentirse bien*». De aquí que la Psicoterapia científica, aun reconociendo la limitación y la insuficiencia de dichas técnicas para obtener sus altos fines, se vea obligada a utilizarlas como auxiliares y, en ciertas circunstancias (apremios de tiempo, etc.) las use inclusive como base para conseguir la desaparición de la llamada «fachada sintomática» que motiva, aparentemente, la intervención del médico psicoterapeuta.

DIVERSOS TIPOS DE CURACIÓN SUGESTIVA

En el capítulo anterior mencionamos, en el cuadro sinóptico de los métodos psicoterápicos, las diversas variedades que puede adoptar la técnica sugestiva. Dos datos resultan esenciales para clasificarlas: a) el grado de claridad de conciencia (oscilante de la vigilia al sueño) con que se aplican en el sujeto; b) el tipo de estímulo que se usa para «vehicular» la sugerencia. De acuerdo con el primero distinguimos las técnicas de sugestión vigil y las de sugestión hipnótica; de acuerdo con el segundo, las de sugestión directa y las de sugestión indirecta. De antemano cabe decir que los máximos resultados se obtienen cuando se saben combinar adecuadamente todas o la mayor cantidad posible de dichas técnicas. Los efectos de las sugerencias hechas durante el estado hipnótico son más notables que los que se observan cuando aquellas se efectúan en estado de vigilia, pero ello en realidad no se debe tanto a una diferencia en el proceso de sugestión como al hecho de que el Yo del hipnotizado *no* se encuentra tan sometido como el del sujeto vigil a la coacción de la denominada «Censura social» y por tanto es más libre para dar rienda suelta a las tendencias y actitudes que le han sido sugeridas (y que implícitamente ya se hallaban en él preformadas).

Es lo común que se asocien las técnicas sugestivas «indirectas» y «vigiles», las «directas» c «hipnóticas». Como ahora vamos a

ocuparnos solamente de la sugestión en estado de vigilia no será, pues, extraño que nos extendamos más en las primeras (indirectas) que en las segundas (directas); algo vamos no obstante, a decir también de éstas:

Sugestión vigil directa. Cada día es menos empleada en Medicina y casi se puede afirmar que se halla abandonada por los psicoterapeutas. Su descrédito se debe a su ineficacia, ya que las condiciones de la vida actual han hecho menos factible la creencia en la omnipotencia y omniscencia que antes se vinculaba en Reyes, Magnates, Magos, Santos o en grandes y extraños personajes versados en Ciencias Ocultas. El médico actual, ni aun cuando se presenta vestido de blanco y rodeado de sus ayudantes y enfermeras es juzgado por el promedio de enfermos como algo más que como uno de tantos profesionales cuyos servicios se contratan mediante un estipendio más o menos elevado. Por ello le resulta difícil que el enfermo crea «a ciegas» y le obedezca de un modo automático, tanto si adopta un tono imperativo y autoritario como si formula su sugerencia de un modo suave e insinuante. Y no obstante, hay veces en que la sugestión directa en vigilia parece tener un efecto notable: *cuando se realiza bajo la forma de respuesta rápida y categórica a una pregunta o duda planteada por el enfermo*; pero entonces es en realidad éste quien pone todo de su parte puesto que secretamente ya desea y espera tal contestación (y utiliza al médico para *reafirmar* su actitud). En tales casos no puede el psicoterapeuta suponer que él ha curado al paciente, sino que éste lo ha usado como pretexto, apoyo o medio para curarse.

Únicamente cuando existe una admiración y una sumisión ilimitada del enfermo por la persona del psicoterapeuta podrá éste obtener de él ese «Credo quia absurdum», característico de la sugestión vigil directa; pero esto se da en muy contadas excepciones.

Sugestión vigil indirecta. De aquí que gocen de mucha mayor estima y difusión los procedimientos de sugestión indirecta, en los que la sugerencia no se da de un modo preciso y descarnado sino envuelta en una apariencia de motivación racional y vehiculada por extensas tramas verbales, o apoyada mediante la acción coetánea de dispositivos, maniobras, substancias, etc., sobre las que se desplaza el acento previsor de su eficacia. Tanto si se trata de un medio físico, químico o biológico como si se trata de un medio psicológico, el recurso empleado para servir de soporte a la sugerencia deberá ser de tal apariencia que por sí mismo tenga ya un

cierto influjo sugestivo, es decir, que resulte atrayente y efectivo ante el sujeto, para crear en él la fe curativa. De aquí la conveniencia de sondear previamente las opiniones del enfermo respecto a los diversos medios terapéuticos; aquel que es mejor valorado por el sujeto debe ser elegido para convertirlo en psicoterápico mediante su refuerzo con la técnica sugestiva indirecta. Por desgracia una mayoría de médicos mantiene el criterio de rechazar *a priori* todas las insinuaciones que los enfermos hacen respecto a la posibilidad de ensayar tales o cuales recursos para su curación; lo hacen así con el propósito de imponer al paciente el respeto a su personalidad, mas con ello pierden una excelente ocasión de utilizar la técnica que nos ocupa y retornan, aún sin saberlo, a las dificultades de la sugestión directa. El enfermo puede sospechar entonces que el terapeuta le indica un nuevo recurso con fines comerciales y ello bastaría para dar al traste con su posible eficacia.

Si en vez de esto el psicoterapeuta acepta -con las modificaciones y ampliaciones que sean del caso- el punto de vista del sujeto (¿qué haría Vd. para curarse si no pudiese consultar a nadie?) y lo engloba en su programa sugestivo, adquiere con ello la doble ventaja de aprovechar al máximo la pre-existente sugestibilidad del enfermo y, de otra parte, la de compartir con él la responsabilidad del fracaso, si éste llega a producirse (siempre le es posible, entonces, decir al enfermo: «No quise quitar a Vd. su ilusión, tanto más cuanto que se hallaba en parte fundada, pero ahora vamos a emplear un recurso más efectivo»).

Considerando estrictamente la cuestión puede afirmarse que, excepto en los limitados casos en los que la terapéutica medicamentosa adquiere el valor de ser absolutamente específica, los efectos que con ella se observan son en mucha mayor medida debidos a la «espectancia» que el enfermo tiene de los mismos (por lo que el médico le ha anticipado que «va a suceder») que a su real acción somática. No se olvide, en efecto, que la Medicina actual ha tenido necesidad de recurrir, cada vez más, a los llamados «específicos», es decir, a medicamentos preparados con arreglo a una fórmula general, que para nada tiene en cuenta las idiosincrasias ni las peculiaridades morbosas de las masas de enfermos que los toman. Y a pesar de esa falta de adecuación individual -que en el terreno científico supone una verdadera herejía- lo cierto es que su eficacia acostumbra a ser mayor que la de las modestas recetas del antiguo médico de familia. ¿A qué se debe esto? Con todo el respe-

to debido a quienes elaboran y a quienes prescriben tales remedios (que por lo demás acostumbran, en contra de su nombre, a ser anunciados como panaceas) creemos que su mayor eficacia se debe, pura y simplemente, a la propaganda que les acompaña y que se extiende desde el anuncio callejero al artículo científico, sin descuidar -punto importantísimo- el prospecto que los envuelve. Podríamos casi decir que la siguiente ecuación es válida: Específico = fórmula magistral ordinaria + prospecto psicoterápico + mayor precio.

La escasa acción que una mayoría de fórmulas médicas tienen «per se» en realidad pudo demostrarse hace unos años en España, con motivo de una graciosa interpelación que en el Parlamento se llevó a efecto acerca del ejercicio de las profesiones médica y farmacéutica: el interpelante llenó multitud de falsas recetas con garabatos ininteligibles y con nombres de substancias inexistentes; las envió, previa testificación notarial, a diversas farmacias madrileñas y de todas obtuvo sendas soluciones que, según los respectivos técnicos que las compusieron, correspondían exactamente a lo prescrito y se hallaban en condiciones de ser administradas a los hipotéticos enfermos que las requerían. *Ello no significa, claro es, que neguemos la existencia de una terapia farmacológica efectiva ni olvidemos los efectos farmacodinámicos magníficos de unos cuantos principios o substancias medicamentosas*; queremos señalar, solamente, que sobre este núcleo, preciso y por desgracia limitado, de acciones quimioterápicas reales se ha desarrollado una farmacopea que cuenta con decenas de miles de productos patentados y que no habría sido posible de mantener en el mercado si *a la acción de aquellos no hubiese venido a agregarse una mayor y más eficaz propaganda sugestiva indirecta* (ya que es impersonal y se apoya, además, en datos ajenos a su verdadera esencia). De antiguo era conocida la acción sugestiva de las famosas pildoras de miga de pan y de las fórmulas de Aqua Destillata en las histéricas. Pero a la luz de las investigaciones modernas los terapeutas sonrían escépticos ante la acción cardiotónica del sulfato de esparteína o la supuesta acción «rejuvenecedora» de la primitiva opoterapia testicular de Brown Sequard, o -por no ir tan lejos- el efecto recalcificante de las soluciones de calcio sin vitamina D. Y sin embargo, todos esos recursos medicamentosos han sido efectivos en su tiempo, es decir, ¡mientras gozaban de crédito entre los médicos que los prescribían!

Otra experiencia, constantemente repetida, nos señala que cada vez que se descubre una nueva cura de tal o cual enfermedad (tuberculosis, reumatismo, cáncer, etc.), su autor tiene con ella mejores efectos que quienes con ánimo crítico y sereno tratan de comprobar su real valor. Falta a estos la fe que el primero tiene en la eficacia de su invento; y es esa fe la que trasciende de su persona y prende en el enfermo, obteniendo en él una *sugestión vigil indirecta*, capaz de mejorar y aun de hacer desaparecer sus síntomas morbosos. Ejemplos de este fugaz suceder de esperanzas y decepciones, de entusiasmos y escepticismos en el campo terapéutico (que llevan al criterio de la existencia de «Modas Médicas») son tan vulgares y evidentes que no hace falta mencionarlo*; en concreto.

El tipo de los síntomas observados y su localización son datos de importancia para la elección del medio que va a servir para vehicular la sugestión indirecta. Así, por ejemplo, cuando se trate de alteraciones del *aparato locomotor*, los recursos de tipo *físico* (mecánico, térmico, eléctrico o actínico) son, dejando aparte sus posibilidades inmediatas de acción, los mejores para servir de sustentáculo a la acción sugerente o sugestiva. En cambio, ante los trastornos correspondientes a regiones somáticas inertes e invisibles serán preferibles los medios *químicos*, de los que ya nos hemos ocupado. Y ante molestias localizadas en el ámbito psíquico propiamente dicho (pena, ansiedad, vivencia de incapacidad mental, abulia, etc.), habrá que recurrir a los medios *psicológicos*, dándoles una tonalidad pseudológica (sofística) suprahumana (místicofilosófica o religiosa) o metapsíquica, según los casos.

Por ser estos medios los menos conocidos del médico general vamos a detenernos ahora en la descripción un tanto detallada de su empleo técnico con la finalidad que nos ocupa. Ello nos servirá, también, para precisar las indicaciones y los límites de esta modalidad psicoterápica.

a) *El llamado «método de autosugestión» de Coué-Baudoin.* Esta técnica de sugestión vigil indirecta ofrece la ventaja de eliminar, aparentemente, la personalidad del sugestor y confiar su tarea al propio sujeto que espera recibir los beneficios de la sugestión, con lo que se obtiene, en primer lugar, la posibilidad de usarla en cualquier momento y sitio y, en segundo término, la tranquilidad -para el sujeto- de que no se le va a sugerir nada que él no desee. El psicoterapeuta, a su vez, deriva el beneficio de que cualquier fracaso puede ser entonces directamente atribuido al enfermo o al

método pero no a él, ya que su papel consiste solamente en indicar la lectura atenta del libro o folleto en que se contiene el ritual de las fórmulas autosugestivas.

Tratándose de personalidades esquizoides o paranoides, difícilmente susceptibles de desarrollar un transferí positivo hacia el médico y poseedoras, en cambio, de una intensa tendencia narcisista, esta técnica resulta sumamente útil; también puede serlo en algunos anancásticos, para dominar crisis de angustia o compulsión; en cambio fracasa en las personalidades histéricas y, en general, en todas las dotadas de un anhelo de «aprobación externa».

Veamos concretamente en qué consiste. Coué afirma que la inmensa mayoría de los síntomas que hacen sufrir a los pacientes que acuden al psicoterapeuta se deben al funcionamiento incontraído de su «imaginación» (puesta al servicio de tendencias afectivas insuficientemente satisfechas). En tales condiciones -afirma- *el conflicto entre la razón y la imaginación se resuelve siempre en favor de la última*. De aquí la ineficacia de la persuasión para combatir tales manifestaciones que son esencialmente irracionales. Hay, pues, que hallar un medio de penetrar directamente en la zona de influencia de la función imaginativa y Coué-Baudoin lo encuentran en la combinación de estas tres condiciones: a) evitar el uso de la razón; b) evitar el uso de la llamada «fuerza de voluntad»; c) utilizar el influjo beneficioso de una fórmula verbal (autosugestión) repetida por el enfermo en condiciones de aislamiento y relajación prehipnótica, con el fin de que -hallando la conciencia y la autocrítica disminuidas- llegue fácilmente a transformarse en «creencia» y actúe sobre los sectores subyacentes, en los que se engendra el malestar vivencial del Yo. Tal fórmula, considerada desde el punto de vista *lógico*, resultaría hilarante, pues se reduce a *dar por hecha la realidad que se desea obtener*, pero vista desde el punto de vista *psicológico* no hay duda que es efectiva en mayor medida que otras. El sujeto, tendido en cama, dispuesto a conciliar el sueño, empieza su musitación -cual si fuese un rezo- en forma monótona: «Cada día, desde todos los puntos de vista y en todos sentidos me siento mejor, me encuentro más fuerte y capaz».

En presencia de neurosis oligo o monosintomáticas, Coué aconseja que la fórmula incluya, como postdata, una alusión a la disminución progresiva de la molestia principal. Lo importante,

en todo caso, es que el texto verbal sea afirmativo y categórico, no condicional ni prospectivo: el sujeto no dice «va a desaparecer» esto o aquello o «me sentiré mejor», sino: esto o aquello «desaparece», «me siento mejor». Y no importa que, de otra parte, su introspección no confirme lo que asevera su autosugestión. Ésta -según Coué- actuará por debajo de aquella (en un nivel o estrato más profundo y primario de la personalidad) contra toda razón, si fuese menester, a condición de que sea hecha por el sujeto, «bono fide», en la forma antes descrita, esto es, colocándose en actitud de auto-relajación, displicencia y «vacío» psíquico, para -a poder ser- dormirse después, o, cuando menos, *no volver a pensar activamente* sobre lo hecho.

Podría parecer, dado el carácter absoluto y casi dogmático de la fórmula recomendada, que se trataba de una técnica de sugestión *directa*, pero fácilmente se adivina que, por el contrario, es de lo más indirecto que cabe imaginar, pues su eficacia no consiste, precisamente, en la acción de la fórmula que preconiza sino *en la fe que el sujeto tiene en que ésta actúe*, aún en contra de toda especulación lógica. Por ello, y para reforzar todavía más su punto de vista, Coué-Baudoin insisten en que el paciente *no ha de poner sus cinco sentidos ni su fervor* en la recitación de la fórmula autosugestiva sino, simplemente, introducirla -como un material neutro y extraño- de un modo indolente, en la corriente de sus pensamientos. Lo demás... es puramente automático y ajeno a sí mismo,

b) *La «Christian Science», de Mary Baker Eddy.* He aquí una técnica sugestiva indirecta, hoy en rápido descenso por haber desaparecido del palenque la extraordinaria personalidad de su animadora. Su base que consiste, pura y simplemente, en negar la enfermedad y atribuir su «apariencia» a un error de apreciación del espíritu descarriado, es servida con prodigalidad por los cultores de esta holoterapia. Y pese a la aguda crítica de los médicos, de los sacerdotes, de los filósofos y de los humoristas -sin excluir a Mark Twain- lo cierto es que en los países anglosajones todavía cuenta con algunos millones de adeptos. No ha de merecer, sin embargo, nuestra atención, pues conceptuamos su eficacia sugestiva inferior a la de las religiones *ad usum*.

c) *La técnica de la «distracción» de Pierre Janet.* Si toda idea tiende a convertirse en acto -dice el Maestro de la Psicoterapia

todos los obstáculos de la autocrítica consciente y ello bastará para que, movida por su propia inercia, llegue a realizarse. De aquí que Janet aconseje ordenar a los enfermos que realicen lo que el médico se propone cuando están distraídos, es decir, con su atención absorbida en algún quehacer. Entonces, hablando en voz baja, las sugerencias son captadas por la denominada atención subliminal» (correspondiente al plano co-consciente) y sufren su automática transformación en tendencias, conaciones, creencias, propósitos o actos, según su textura. En vez, pues, de suprimir violentamente el juicio y la resistencia individuales -como se intenta hacer en el hipnotismo- aquí se trata de dar una tarea al sujeto que ocupe por completo su interés y su labor consciente. Cuando tenemos la seguridad de que esto se ha conseguido, sólo resta formular del modo más preciso y conciso posible la sugerencia que deseamos ver cumplida.

Hemos tenido ocasión de emplear abundantemente esta técnica y recomendamos, como medio efectivo para conseguir el desplazamiento atento del sujeto, ordenarle que realice en voz alta, ininterrumpidamente, operaciones aritméticas de complicación creciente. Así, por ejemplo, ha de ir doblando o triplicando -de memoria- números, a partir de uno elegido al azar, y enunciar el resultado, a la vez que el proceso elaborador del mismo. Previamente se le advierte que oír confusamente que el psicoterapeuta «dice algo», pero él no ha de atender a «eso» sino que ha de procurar concentrarse en la tarea que le ha sido dada.

Lo cierto y positivo es que basta esta orden para que el sujeto casi siempre haga esfuerzos para enterarse de lo que el psicoterapeuta le dice; no importa ello, pues, como se ve obligado a realizar al propio tiempo un cálculo hablado, no consigue oír del todo y sí, solamente, convencerse de que «la cosa va en serio». Y esto es lo importante: que el «sujeto» se sienta «objeto» de una acción benefactora, omnisciente, que actúa «tras cortina», a «son insu», librándole de la angustia de «tener él que luchar» para conseguir el resultado curativo.

Esta técnica proporciona, por lo demás, resultados excelentes para combatir el insomnio, las fobias y una gran cantidad de manifestaciones sintomáticas molestas de la «fachada» psiconeurótica.

BIBLIOGRAFIA

- GRASSET.: *Hipnotismo y sugestión*. Ed. Jorro. Madrid. 1906.
- BAUDOIN.: *Suggestion et Autosuggestion*. Ed. Kundig. Ginebra. 1921.
- FOREL.: *L'Hypnotisme ou la suggestion et la Psychotherapie*. Ginebra. 7ª ed. 1918.
- FRIÜDRICHS.: *Zur Psychologie der Hypnose und der Suggestion*. Stuttgart. 1922.
- JANET, P.: *Les méacations Psychologiques*. Alean. París. 1919.
- KROMFELD.; *Hypnose und Suggestion*. Berlín. 1924.
- SCHULTZ, J. H.: *Die Seelische Krankenbehandlung*. Jena. 1919.
- STRAUSS. E.: *Über Suggestion u. Suggestibililat*. Schw. Arch. N. u. Psych. 1977
- BROOK, C. HARRV.: *The practice of autosugestión*. Hogarth Bros. Londres. 1922.
- BEU.WALD.: *Christian Science and the Catholic Failh*. New York. 1922.
- CouÉ, E.: *How lo pratice Suggestion and autosuggestion*. Amer. Libr. Inst. 1933.
- HEYER, G.: *Terapéutica sugestiva especial* (En: El Poder Curativo del Espí-ritu). Ed. J. Gil. Buenos Aires. 1940.

CAPÍTULO VI

La sugestión hipnótica. Concepto actual. Técnica de las diversas modalidades de hipnosis (auto y heterohipnosis, narcohipnosis). Indicaciones, efectos y límites de la hipnoterapia.

Desde que Bernheim demostró que sin necesidad del sueño hipnótico podían conseguirse curaciones sugestivas eficaces, todo el auge del hipnotismo, tan penosamente conseguido a partir de Braid, se desplomó con estrépito.

Hay que confesar que la razón de tan rápido descrédito no radicaba tanto en el hecho de haberse descubierto que el estado hipnótico no era sino una variedad de «estado sugestivo», como en el odio, más o menos subconsciente, que una inmensa mayoría de médicos sentía ante la figura (aureolada de misterio y «sex appeal») del hipnotizador.

Puede decirse, en efecto, que el hipnotismo, practicado como método curativo, había sido tragado pero no digerido por el cuerpo médico. Multitud de especialistas de todos los países seguían hablando de sus peligros y en Francia, a pesar del enorme prestigio de Charcot y de Grasset que se constituyeron en adeptos entusiastas, no había llegado a ser usado corrientemente ni por los más obligados a dominarlo, es decir, por los psiquiatras. Estos preferían recurrir a la no menos taumatúrgica «electroterapia» sugestora.

Ahora, pasado medio siglo, vuelve a hablarse de él e incluso a ser practicado frecuentemente por especialistas de fama. Pero en este paréntesis la Psicología ha avanzado lo suficiente, lo mismo que la neurofisiología, para terminar de quitarle el velo que rodeaba a su técnica y la hacía insegura y angustiante para muchos.

Si en el capítulo anterior hemos visto que la esencia del acto de la sugestión radicaba en la transferencia directa de una conación,

excluyendo el proceso elaborador del juicio crítico individual; ahora veremos que la esencia del fenómeno hipnótico consiste en la obtención de un estado subjetivo de tal pasividad que lleva a quien lo tiene a sumirse en una especie de sueño o letargo -el sueño hipnótico- cuya única diferencia del sueño común -perfectamente explicada por Pavlov- consiste en que la inhibición cortical no es tan completa como en éste. En efecto, según el fisiólogo ruso, la característica del sueño hipnótico es la conservación de una actividad cortical restringida y monopolar, que reacciona tan sólo ante una determinada fuente de estímulos: la procedente del hipnotizador, a través de su voz. Tal actividad selectiva y automática del encéfalo se observa, por lo demás, en múltiples ocasiones de la vida diaria: la madre que duerme sin reaccionar a toda clase de ruidos pero se muestra sensible al más leve vagido de su hijito; el ciudadano de la ciudad multibombardeada, que reposa en el refugio pero se alza como un sonámbulo ante el lejano zumbido de un motor, etc., son ejemplos de que es factible un *sueño parcial selectivo*, es decir, una inhibición ante una generalidad de estímulos y simultáneamente, una vigilancia, o inclusive, una hipersensibilidad reactiva, ante otro u otros determinados.

En la actualidad se concibe y admite que todo cuanto ocasione una fatiga o debilitamiento de la actividad cerebral favorece la eliminación o exclusión funcional de extensos campos neuronales y reduce al máximo de simplicidad la actividad general de la corteza, creando así circunstancias favorables, a la vez, para la aceptación de «sugerencias» y para la aparición del sueño. Este sueño inhibitorio y reparador puede sobrevenir en ausencia de todo estímulo humano, ante la monotonía de una tarea continuada (y es el responsable de no pocos accidentes nocturnos en las carreteras) o puede conseguirse acelerarlo e imponerlo mediante una técnica sugestiva: la técnica de la hipnotización. Los psicólogos modernos, influenciados por la interpretación freudiana, admiten que el éxito de la hipnosis impuesta se basa en la preexistencia de una tendencia, latente en multitud de sujetos, al renunciamiento, a la sumisión y a la entrega de su Ser a quien pueda representar ante ellos el papel protector que primitivamente tenía su progenitor amado. Se trataría, a la vez, de renunciar al «libre albedrío» -para descargarse del sentimiento de responsabilidad- y, de otra parte, de gozar y renovar el placer de sentirse *parte poseída y adscripta* a un Todo admirado y deseado.

De acuerdo con esta concepción, precisaría adoptar una actitud de renuncia voluntaria, de donación del Ser, de pasividad masoquista, para dejarse invadir por ese nuevo goce de «sentirse vivido» o, por mejor decir, de «vivir sólo a través de alguien». No hay duda que tal pueda ser, en última instancia, el significado intencional de los estados hipnóticos conseguidos por el psicoterapeuta en multitud de personas histéricas o con signos de escasa solidez yoica, mas el hecho de la hipnosis desborda tal explicación en otros casos: hay, en primer lugar, una hipnosis espontánea -tanto en el hombre como en los animales- y hay, también, observaciones de hipnosis impuestas contra la voluntad del hipnotizado. Éstas, no obstante, no acostumbran a ser conseguidas exclusivamente por la vía psíquica, sino que se obtienen mediante la asociación de recursos mecánicos: un golpe seco en la región lateral del cuello, dado con el borde de la mano, de suerte que ocasione un reflejo vasoconstrictor (de punto de partida carotídeo) acostumbra a bastar a los yoguis para hipnotizar a personas sorprendidas de improviso.

Sin embargo, en la práctica psicoterápica hay que contar con esta ley: cuanto mayor sea la agresividad y cuanto mayor sea el sentimiento de seguridad y eficiencia personal de un paciente, tanto más difícil será obtener de él un estado hipnótico, en el que sea totalmente asequible a nuestras órdenes. Por ello habrá que tener en cuenta la personalidad del enfermo antes de decidirse a emplear en él la hipnoterapia. Y si ésta se muestra indicada, convenirá obtenerla mediante la narcohipnosis, en vez de valerse del influjo sugestivo directo, tal como pronto vamos a exponer.

DIVERSAS MODALIDADES DE HIPNOSIS

Los primitivos hipnotizadores, influenciados por el mesmerismo, conseguían sin excepción el estado hipnótico en sus pacientes mediante una ininterrumpida serie de pases a lo largo del cuerpo y extremidades, destinados a concentrar en ellos su «fluido magnético». Braid fue el primero en darse cuenta de que podía obtenerse el mismo resultado sin necesidad de sobar, por simple acción verbal, si ésta iba asociada a la «fijación de la mirada». Más tarde se vio que ni esto era necesario y que podía sustituirse el par de ojos del hipnotizador por cualquier objeto puntiforme, especialmente si brillaba sobre un fondo oscuro y si aparecía y desaparecía con

ritmo monótono. A fines del pasado siglo las técnicas para obtener la hipnosis eran casi tan variadas como el número de quienes las practicaban. Cada hipnotizador tenía su «truco personal infalible» para asegurarse el éxito.

En la actualidad precisa diferenciar cuando menos tres tipos de técnica hipnótica: la heterohípnica (directa), la autohipnótica y la narcohipnótica.

Heterohipnosis. El lector que de conocer con detalles los recursos más corrientes para obtener el sueño hipnótico mediante la acción personal, directa, del hipnotizador, puede consultar, de preferencia entre la abundante bibliografía aparecida en nuestro idioma, el libro de Thenon: «Psicoterapia Comparada y Psicogénesis» (v. nota al final del capítulo). Aquí sólo señalaremos, siguiendo a Schilder, las normas generales que han de ser tenidas en cuenta en esta modalidad terapéutica:

- a) Conviene, antes de empezarla, asegurarse que la actitud del paciente no es de franca oposición a ella.
- b) Se dispondrá de tiempo suficiente para cada sesión; se procurará que ésta se efectúe hacia el anochecer (para aprovechar la fatiga vespertina, coadyuvante al sueño) en habitación sin ruidos, con luz mortecina, hallándose el enfermo cómodamente tendido o semisentado, pero en estado de relajación muscular general.
- c) El médico se mostrará totalmente seguro de sí, no prometerá de antemano nada al enfermo; le explicará que la hipnosis no se acompaña de ninguna vivencia o sensación (subjetiva) especial. Procederá con pausa y paciencia, sin alterarse por las observaciones críticas o los chistes que a su costa haga o trate de hacer el paciente.
- d) Conviene que las fórmulas verbales empleadas para conseguir la hipnotización sean poco variadas y repetidas monótonamente, sin que tengan carácter conminativo -excepto cuando se opera sobre sujetos que ya han sido hipnotizados previamente. Con ellas no se sugerirá directamente el sueño sino un «reposo» y un «bienestar» equivalente (Esto tiene por finalidad evitar ulteriores discusiones respecto a si el paciente se ha dormido o no).

Nuestra técnica habitual consiste en hacer que el paciente, tendido en un diván, se coloque «como si fuese a dormirse» y se dedi-

que a respirar amplia y profundamente, relajando su cuerpo y dejándolo como «si fuese un polichinela».

Entonces le invitamos a que fije su mirada en una bolita dorada, suspendida por un hilo y mantenida un poco por detrás y encima de sus ojos; esa bolita recibe los rayos de un foco luminoso colocado más atrás de la cabeza del sujeto (hallándose el hipnotizador sentado a su nivel). Se le advierte que al cabo de mirar un rato a dicho objeto, fijamente, sentirá una leve fatiga, humedad ocular y parpadeo, debiendo entonces no resistir al deseo de «dejar caer los párpados» (¡no cerrarlos violentamente!). Si nuevamente vuelve a experimentar deseo de abrirlos puede hacerlo, a condición de que fije enseguida su vista sobre la bolita. Al propio tiempo procurará concentrarse en la percepción de la misma, dejando de pensar en toda otra idea.

Cuando el médico se da cuenta de que los períodos en que el enfermo ocluye sus ojos van siendo más largos que los que los mantiene abiertos es cuando, suavemente, inicia su perorata para evitar que sobrevenga el sueño natural y obtener el sueño hipnótico propiamente dicho, que es, en realidad, un estado de somnambulismo. Las frases empleadas han de ser musitadas, es decir, dichas con voz suave y persuasivas: «Vd. se encuentra ahora completamente tranquilo... abandónese aún más a este reposo... relájese por completo y sentirá el bienestar del sueño, aun cuando seguirá oyendo mi voz, pero la oirá de un modo especial, como si se hallase Vd. en medio del espacio oscuro, y ella lo llenase sin salir de ningún punto determinado». «En estas condiciones su cerebro descansa, Vd. no siente tensión alguna y cualquier idea que exprese esta voz va a poder prenderse en Vd. y realizarse, para su bien, sin hallar resistencia alguna». «La misma tranquilidad y bienestar que ahora tiene van a ser conseguidas de un modo más fácil y permanente en sesiones sucesivas».

Las ventajas de este procedimiento son, ante todo, la de no comprometer el prestigio de quien lo usa, si fracasa y, además, la de no hacer recaer el éxito obtenido en un influjo personal del psicoterapeuta sino, más bien, en la docilidad y habilidad con que el paciente sigue, punto por punto, sus instrucciones. Así realizada, la hipnosis deja de ser una fuente de dudas y temores para el binomio personal que la usa; conserva todas sus posibilidades terapéuticas y, puede afirmarse, que no tiene, prácticamente, contraindicaciones. Nótese que en nuestra técnica evitamos tocar al paciente ni hacer-

le «pases» de ningún género, precisamente para no dar pábulo a la creencia de que precisa que «le transmitamos algo» o «le hagamos algo» para conseguir su hipnosis.

Una vez seguros de que el paciente se halla en tal estado formularemos las sugerencias oportunas, haciéndolo del modo más conciso posible y procurando que no deje su textura verbal ningún resquicio por el que pueda filtrarse la duda o el escepticismo del sujeto (regla que igualmente ha de observarse en las sugerencias hechas en período de vigilia). Acto seguido se procederá a reintegrarlo progresivamente a la vigilia, haciéndole fijarse en el resto de los estímulos sensoriales que le rodean e invitándole a abrir los ojos al contar un número determinado. Si no se consiguiese «despertarlo» así, se procederá a realizar una compresión enérgica de una zona álgica, repitiéndole la orden de abrir los ojos y moverse normalmente.

Autohipnosis. Osear Vogt fue quien con mayor fervor insistió en el hecho de que los propios pacientes podían sumergirse en sueño hipnótico, sin ayuda exterior, aprovechándose de sus beneficios de igual modo que cuando eran sometidos al influjo del hipnotizador. Las limitaciones de esta técnica radican en el grado de autodomínio y de capacidad autoconcentrativa que requiere poseer la persona que desea seguirla y, además, en el hecho de que siendo el propio sujeto quien va a hacerse las sugerencias no es fácil que se aplique las que no le satisfagan. Pero, de todas suertes, esto es válido también para la heterohipnosis, ya que «según indicamos» es difícil que en cualquier circunstancia prenda una sugestión si ésta es totalmente contraria a las apetencias del Ser.

En cuanto a la técnica de la autohipnosis, también tiene múltiples variantes, según se trate de conseguir tal estado por «concentraciones» o por «relajaciones» sucesivas, lo cual «de otra parte» proporcionará al mismo una modalidad diferente (en el primer caso se trata de una especie de «ensimismamiento»; en el segundo de «anulamiento»).

La autohipnosis por *concentración* se recomienda para fijar, grabar y exaltar una creencia o propósito de acción: el sujeto cierra los ojos y dedica su esfuerzo imaginativo a contemplarse *realizando* tal o cual acto que en condiciones ordinarias, le resulta difícil o imposible de ejecutar. Moviéndose en el virtual escenario creado por su fantasía, *vive activamente un sueño* corto y feliz, que

es *constantemente repetido* hasta sobrevenir el absoluto reposo psíquico y quedar dormido con sueño natural.

La autohipnosis por *relajación* sirve, en cambio, para borrar, suprimir o desvanecer vivencias molestas, dolores y angustias que hacen sufrir al sujeto. Este debe proceder entonces a *desatender*, por grados, los diversos campos de que se nutre su vida consciente; el mundo exterior ambiental es eliminado en primer término; en segundo, se escotomiza el pensamiento propiamente dicho; en tercer lugar se procede a inhibir la «presencia somática», es decir, el conjunto de sensaciones procedentes del área corporal: la única imagen que entonces ha de tener presente el sujeto en su espacio psíquico virtual es la del *negro vacío*, la Nada: silencio, obscuridad, inmovilidad y nadedad en donde el Yo se disuelve y desaparece quedamente. Esta técnica, bien dominada sirve para superar crisis emocionales y dar al paciente intervalos de beatitud en situaciones tensas y difíciles para él, pero no *crea* nada para resolverlas eficazmente; simplemente pospone sus problemas.

Una técnica *mixta* de autohipnosis es la *yoguica*, cercana de la cual se encuentra el célebre método de la «Autorrelajación concentrativa» de J. H. Schutz (Konzentrativer Selbstentspannung o Autogene Training) aun cuando este autor sostiene que debe ser especialmente diferenciada de ella. En síntesis tanto en la práctica de la primera (fakirismo) como en la segunda modalidad se trata de obtener el más perfecto dominio del Ser sobre sí mismo y en especial sobre su organismo. Los fakires acostumbran a sumergirse en hipnosis convergiendo su mirada hacia la punta de la nariz, en tanto Schultz aconseja una serie progresiva de ejercicios, a realizar unas veces con el simple auxilio de su libro y, otras, con el de un perito de su método (Intermedio entre los de Vogt y Jacobson). Dado el carácter elemental de nuestro trabajo prescindimos de exponer las que él llama «bases científicas» de su procedimiento y nos limitamos a reseñar, concisamente sus fases técnicas:

Fases de la autorrelajación concentrativa de Schultz

Primera: Relajación del cuerpo. El paciente ha de estar ligeramente vestido, sin cuello, cinturón y cuantas prendas pudiesen cohibir sus movimientos o comprimirle. Puede tenderse en un diván, recostarse en una cómoda butaca o dejarse caer, inclinándose ha-

cia adelante (postura del «cochero») sobre una silla o taburete. De preferencia, evidentemente, lo primero, pero si sólo se tiene a mano la silla o butaca habrá que procurar que la corvadura del tronco, cabeza y extremidades sean obtenidas naturalmente, por relajación completa de los músculos, de suerte que el cuerpo adopte la actitud de un muñeco de trapo o de goma en semejante posición. (Esta fase es idéntica a la de la técnica autorrelajadora de Jacobson).

Segunda fase: Oclusión palpebral. El sujeto procede ahora a relajar el orbicular de sus párpados, de suerte que estos se cierren *cayendo* suavemente por su propio peso. Operación difícil de realizar que requiere especial entrenamiento y atención, pero que, una vez conseguida su ejecución, facilita extraordinariamente el dominio de las fases siguientes.

Tercera fase: Tranquilización. Obtenidas la relajación muscular y la oclusión palpebral, se consigue la relajación anímica, o por mejor decir, la tranquilización del ánimo, merced a la formulación interna de la frase: *estoy completamente tranquilo* (Ich bin ganz ruhig) que el sujeto deberá procurar actualizar, es decir, realizar y vivir, compenetrándose con su significado. Esto lo conseguirá -según cual sea su tipo psicológico- mediante una representación verbal, acústica o quinética, o mediante una impresión vivencial global (Es curioso que Schultz prescindiera de la ayuda que podría aportar al proceso de relajación psíquica la regulación de los movimientos respiratorios; ésta no es buscada hasta más tarde en su técnica, sin que ni él ni nosotros, expliquemos el porqué de tal retraso).

Cuarta fase: Gravitación braquial. Hasta aquí puede decirse que la técnica de Schultz no ha diferido esencialmente de las corrientes para obtener la hipnosis, pero a partir de la cuarta fase, que vamos a exponer seguidamente se aparta progresivamente de ellas. En efecto, el paciente debe ahora representarse, con toda la fuerza imaginativa de que es capaz, *la plena pesadez de su brazo derecho o izquierdo*, según se trate de un sujeto diestro o zurdo; para ello piensa: *mi brazo derecho (o izquierdo) está pesándose* (es decir, siento su peso total) mas -advierte Schultz- este pensamiento no ha de acompañarse de movimiento activo alguno del brazo y ha de limitarse a una sencilla «mentación».

Los cuatros ejercicios o fases precedentes se harán tres veces al día, en períodos breves de 2 a 5 minutos, durante 8 ó 10 días, an-

tes de pasar a los siguientes, que suponen una mayor profundidad y perfección del *entrenamiento autógeno*.

Quinta fase: Termogénesis braquial y generalización de la vivencia de gravitación. A medida que los sujetos van sintiendo mejor lo que imaginan es posible generalizar su autosugestión: los brazos pesan, las piernas también; se siente por fin, todo el peso de todo el cuerpo. Entonces puede comprobarse objetivamente una flaccidez muscular perfecta e incluso una disminución del tono postural, lo que prueba que la acción yoica se extiende, a través de la denominada «Miopsique» (Storch) hasta la zona de las tensiones y actitudes profundas y permanentes de reacción. En tales condiciones el paciente pasa a crearse una nueva vivencia: la de la *temperatura*, empezando otra vez por el segmento corporal que más emplea naturalmente, o sea su brazo dominante. La fórmula verbal es: mi brazo *está caliente*. Este ejercicio se proseguirá de un modo sistemático, de 8 a 14 días y en su decurso se irá extendiendo la zona somática en la que se localiza la impresión térmica, hasta llegar al momento en que el sujeto se sienta todo su cuerpo *plenamente pesado y caliente*.

Sexta fase: Normalización del corazón. Asegurada ya la influencia sobre los sistemas locomotor y vasomotor, Schultz aconseja proceder a regular la actividad funcional del más vital de los órganos. La fórmula como se presume es: «el corazón late pesadamente». Simultáneamente con la mentación de la misma, el sujeto se presenta, si es posible, la imagen cardíaca batiendo al ritmo normal. A los 10-12 días de este ejercicio es ya posible acordar la representación imaginativa de los latidos y la sensación procedente de la punta cardíaca sobre el área cardíaca. Pronto si el entrenamiento se ha hecho bien, se hará incluso factible obtener por vía *imaginativa* una leve aceleración o retardo *reales* del pulso.

Séptima fase: Normalización de la respiración (Ya indicamos antes que, contra toda expectativa lógica, Schultz pospone -a nuestro juicio más de lo conveniente- el autodomínio de la respiración hasta esta fase. Trata de justificarlo diciendo que su experiencia le ha demostrado que, sin un buen entrenamiento previo en las fases anteriores, toda tentativa de influenciar la respiración, conduce a una mayoría de psicópatas a intensas reacciones generales que perturban la relajación muscular conseguida). El paciente ha de representarse la frase: «la respiración es normal» (tranquila) asociada a las anteriores (mi cuerpo pesa y está calien-

te, el corazón late pausadamente). Un buen medio imaginativo para alcanzar tal propósito, es el de identificarse con el movimiento rítmico de ascenso y descenso de un navio en mar tranquila; pronto el sujeto se sentirá como «masa respirante» y llegará a evidenciar todo el ritmo elástico y agradable de su fuelle pulmonar.

Octava fase: Termogénesis abdominal. La atención se concentra ahora en destacar el calor natural del área abdominal: «el vientre está caliente» (Si por circunstancias especiales no se consigue obtener esta vivencia, puede aplicarse unos minutos un termóforo en esa región, con el fin de crear la sensación correspondiente y después mantenerla por la vía imaginativa).

Novena fase: Enfriamiento junial. Con ella culmina la serie de ejercicios de entrenamiento autógeno: el sujeto piensa: «la frente está fría». Puede asociar a tal idea la imagen de un leve soplo de aire frío que incide sobre ella, la de un trozo de hielo o de nieve que se le acerca, etc. Lo importante es que se llegue a obtener una diferenciación vivencial entre la «frialdad» capital (serenidad y tranquilidad mental) y la «tibiaza o calor» corporal (energía y salud físicas). Pasada la quinta fase de los ejercicios puede prolongarse hasta una curación de 10 a 15 minutos. El total de la duración del aprendizaje es de unos dos meses y medio, pasados los cuales el sujeto se halla en condiciones de evocar y producir a voluntad las transformaciones correspondientes sin mayor esfuerzo.

Al terminar cada uno de estos ejercicios, cada vez, se recomienda proceder *gradualmente* a recobrar la tensión y la actitud propias del estado de vigilia; ello se conseguirá movilizándolo, en primer término, los brazos (movimientos enérgicos de flexión y extensión), realizando, después, respiraciones profundas y, finalmente, abriendo los ojos.

Narcohipnosis

Friedlander ha designado con un nombre parecido a éste, o sea: *hipno-narcosis*, la asociación del sueño hipnótico al sueño producido por los anestésicos corrientes. El paciente es sometido, antes de la operación, a diversas sesiones de hipnotización, con la técnica de la heterohipnosis; el día de la intervención es hipnotizado previamente -con lo que se elimina la angustia de las primeras fases de la anestesia-, y en caso necesario, se administra luego el

anestésico, siempre a dosis muy inferiores a las corrientes. Las ventajas de esta técnica son las de suprimir las molestias y complicaciones anestésicas y postanestésicas. Ahora bien, esto no debe confundirse con la *narcohipnosis* propiamente dicha que es precisamente lo contrario, o sea, *el empleo de una leve cantidad de anestésico para conseguir más fácilmente la hipnosis del paciente, con fines diagnóstico o terapéuticos*. Incluso, en caso de necesidad, puede llegarse a provocar el sueño anestésico total y pasar, entonces, el paciente al sueño hipnótico, mediante la técnica de hablarle en forma monótona y con voz cuchicheada, cuando empiezan a pasar los efectos hípnicos de origen químico. Esta modalidad de asociación cuenta con unos veinte años de existencia, pero fue ya prevista por los antiguos que acostumbraban a aprovechar los efectos soporíferos del alcohol para reducir la resistencia individual en los interrogatorios y crear en determinadas ocasiones un estado de hipersugestibilidad que llevase a la «obediencia automática». Aun en la actualidad es costumbre «dopar» a los soldados antes de exigirles un rendimiento ciego en batallas peligrosas.

En realidad los primeros trabajos acerca del empleo de la narcohipnosis con finalidad psicodiagnóstica y psicoterápica se deben a Claparède, Claude y a mí; casi simultáneamente, en Norteamérica, aparecieron los de House.

Hoy es ya del dominio corriente el uso de barbitúricos diversos para «atontar» al sujeto que ofrece dificultades para ser hipnotizado. El mejor momento para pasarlo al sueño hipnótico es cuando, tras la relajación muscular obtenida por el medicamento (preferentemente evipán, somnifene u otro barbitúrico que pueda administrarse por vía endovenosa) empieza a notarse la producción de deflejos y movimientos automáticos. Es entonces cuando el psicoterapeuta, debe proceder al despertar «parcial», de suerte que el sujeto sea receptible a sus sugerencias, captadas por su atención subliminal y responda a ellas -verbal o muscularmente- en el estado que yo he denominado «onirismo barbitúrico». Experiencias recientes, de sugerencias hechas tras la crisis cardiazólica, nos confirman que debe aprovecharse ese momento en el que todas las actitudes ideomusculares (configuraciones o «posturas» práxicas) se hallan borradas para reestructurarlas con arreglo a propósitos simplistas y claros.

Nuestra técnica de la narcohipnosis, expuesta a la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña en 1926. está calcada de la aconse-

jada por Claparede para pasar a un individuo del sueño natural al sueño hipnótico y consiste en repetir ininterrumpidamente al sujeto, en voz queda, la consigna que deseamos ver realizada en él. Hay que tener en cuenta que si se trata de obtener respuestas verbales hay que forzar algo más la «somnambulización» -o sea, hay que despertar y poner en actividad una zona más extensa del encéfalo- procurando, de otra parte, que las contestaciones requeridas sean puramente monosilábicas (si o no: nombres «clave», etc.). Tan pronto como veamos al sujeto respondernos con soltura y amplitud debemos sospechar que «se ha despertado demasiado» y ejerce, por lo tanto, un control crítico inconveniente.

INDICACIONES, EFECTOS Y LÍMITES DE LA HIPNOTERAPIA

Por la extensión que le hemos concedido ya puede suponerse que, junto con Schilder, Kronfeld, Heyer y muchos otros autores, consideramos que la hipnoterapia, en sus diversas modalidades, merece ser tenida en cuenta todavía, a pesar de las grandes críticas de que ha sido objeto. Si otros argumentos no hubiese en su favor, y aun dando por supuesto que el sujeto «simulase» en muchas ocasiones hallarse hipnotizado, lo importante es que a una infinidad de psicópatas precisa darles además de un *motivo* un *pretexto suficiente* para justificar su curación, tras varios años de haber agotado la paciencia y los recursos a su disposición. Ello no compromete en lo más mínimo la ética profesional ya que al médico lo que le importa es que el enfermo se cure y no tiene por qué hacerlo, además, quedar mal ante sí o ante sus familiares. De un modo general puede afirmarse que la hipnoterapia se halla indicada en el tratamiento de todas las «fachadas sintomáticas» de tipo órgano o psiconeurótico y en todas las «perversiones de conducta» que no respondan a procesos psicóticos propiamente dichos. La heterohipnosis se empleará preferentemente en personalidades con rasgos histéricos; la autohipnosis hallará su principal indicación cuando los enfermos tengan constitución esquizoide; la narcohipnosis será preferible para los casos en que exista un excesivo control crítico y una actitud muy escéptica o subconscientemente hostil al método. La técnica de Schultz requiere para ser empleada un buen desarrollo intelectual y cultural por parte del sujeto, una

cierta capacidad de introspección y un predominio de síntomas «somáticos» en su trastorno.

En cuanto a lo que puede obtenerse con el uso de la hipnoterapia, resulta evidente que depende tanto o más de la individualidad del hipnotizado que de la del hipnotizador, pero cabe afirmar que los efectos de la sugestión -hipnótica y posthipnótica- pueden llegar a ser más profundos que los de la sugestión vigil: dejando aparte el hecho, sobradamente conocido, de la total anestesia o analgesia (que permite, inclusive, serias intervenciones operatorias) existe abundante bibliografía referente a la provocación o supresión de síntomas procedentes de los más variados aparatos y sistemas orgánicos. Quien se interese por su conocimiento detallado puede consultar algunos de los trabajos de Heilig y Hoff, O. Schwarz o Dunbar (v. nota bibliográfica final). En síntesis y desde un punto de vista práctico diremos que los efectos de la hipnosis son tanto más pronunciados cuanto más integrada -y, por tanto, menos biológicamente madura- es la persona en quien se provocan.

Otra indicación, bien precisa, de la hipnosis en Psicoterapia puede ser la que motivó el descubrimiento del psicoanálisis, o sea, la *catarsis*, es decir, la supresión de la fuerza represora que mantiene amnesias post-traumáticas. En la guerra hemos tenido ocasión de ver cuanto tiempo puede ahorrarse la hipnotización de soldados o civiles afectados de este tipo de trastornos.

Finalmente, ya hemos indicado también que la hipnoterapia se muestra efectiva en la corrección de numerosas desviaciones accesorias de conducta en psicópatas que por su indisciplina son difícilmente asequibles a una labor de psicoterapia persistente y profunda: jugadores, bebedores, toxicómanos, desviados sexuales, etc., pueden -si su alteración ética se presenta en contraste con su habitual continencia intervalar- dejar de serlo por este medio.

En cuanto a las *limitaciones* de la hipnoterapia, además de las que deriven del fracaso técnico intrínseco, obedecen al hecho de que en ningún caso cabe esperar que transforme o modifique substancialmente la estructura caracterológica del psicópata en quien se emplee. Y esto presupone a la larga su ineficacia, toda vez que manteniéndose en pie la «disposición morbógena» su personalidad hallará una nueva forma de manifestarla, de suerte que no pueda independizarse totalmente de la tutela psicoterápica -final al que debe aspirar ésta y que puede conseguir con los métodos psicagógicos, más recientes.

BIBLIOGRAFÍA

- A. FOREL: *Der Hypnotismus*. Enke 12 ed. 1923.
- G. HEYER: *Hypnose und Hypnotherapie* (En: Die psychischen Heilmethoden. Thieme. Leipzig. 1927).
- P. SCHILDER y O. KAUDERS: *Hypnosis*. Nerv. Men. Monog. Dis. 1927.
- SCHULTZ, J. H: *Das Autogene Training*. Leipzig. Thieme. 2ª ed. 1934.
- E. DUNBAR: *Emotions and bodily changes*. Co. Univ. Press. 1938.
- THENON: *Psicoterapia Comparada y Psicogénesis*. A. López. B. As. 1930.
- HIRSCHLAFF: *Hypnotismus und Suggestivtherapie*. Leipzig. 1919.
- KRONFELD: *Hypnose und Suggestion*. Berlín. 1924.
- FRIEDLANDER: *Die Hypnose und die Hypnonarkose*. Enke. Stuttgart. 1920.
- HEILIC R, U. HOFF HAM: *Psychische Rhythmusflussung von Organfunktionen*. Allg. Z. f. Psychoth. I. 1928.
- O. VOGT: *Dis autohypnose* (en el Handbuch d. Therapie D. Nerven Kr. Jena. Fischer. 1919).

CAPITULO VII

Características generales de la denominada Psicoterapia «comprensiva» y de la Psicoterapia «profunda». Principios y normas técnicas generales de la terapia psicoanalítica. Fases de la misma en su modalidad ortodoxa (freudiana).

La Psicoterapia sugestiva, en su doble modalidad vigil e hipnótica, no pasa de ser una actuación que se ejerce meramente sobre los efectos (síntomas) del desequilibrio morboso, sin en realidad obrar sobre su estructura ya que ni siquiera se preocupa de conocerla a fondo. Si se quiere, pues, emplear una psicoterapia que pretenda ser «causal» y no «sintomática» hay que hacerla preceder del «análisis psíquico», es decir, de la exploración sistemática de la personalidad individual, dirigida de «fuera a dentro y de delante atrás», es decir, con un criterio *evolutivo* que nos ilustre respecto al modo cómo se han ido imbricando los múltiples factores nociceptivos cuya acción conjunta ha culminado en la producción del trastorno que vamos a combatir. Hacer una exploración de «fuera a dentro» del psiquismo individual significa que partiendo de las manifestaciones más superficiales e inmediatas que de su caso nos ofrezca el paciente, hemos de tratar de investigar, en primer término, cuál es su «verdad consciente», o sea, lo que él realmente opina (no siempre, como se comprende, esto es lo que nos «cuenta») y, en segundo lugar, su «verdad inconsciente», o sea, el conjunto de móviles (tendencias, impulsos, temores, etc.) que, por debajo de su propio autoconocimiento, en el oscuro transfondo de su persona profunda, orientan y fijan las actitudes de reacción que, a su vez, determinan los rumbos de su pensamiento, sus creencias y propósitos (que él cree espontáneos). Hacerla de «delante hacia atrás» supone, como ya hemos avanzado, remontar en el curso de la psique historia individual hasta las primeras vivencias,

es decir, las primeras experiencias autoconscientes -ahora convertidas en recuerdos sepultados por años de olvido- y tratar de reconstruir, después, la dinámica intrapersonal, de suerte que podamos comprender con claridad el estado actual (en sección transversal) de la misma y establecer, así, una jerarquía de las manifestaciones sintomáticas, a la vez que de sus motivos (único modo de proceder a un «plan de ataque» racional de ambos).

Morton Prince, Pierre Janet y Freud han sido los que ya hace más de medio siglo, impulsaron -en las culturas inglesa, francesa y germánica- el interés de los especialistas hacia este nuevo y fecundo enfoque de la Psicoterapia, mas de todos ellos ha sido el último quien han descollado de tal modo que va a merecer nuestra atención exclusiva en este capítulo.

Antes de pasar, no obstante, al estudio del método por él desarrollado, con el nombre de «Psicoanálisis» convendrá aclarar que este nombre tiene hoy multitud de acepciones y muchas de ellas desbordan el campo de nuestro interés circunstancial. Quien desee, pues, penetrar a su través hará bien en recurrir a cualquiera de los múltiples libros en los que se expone en todas sus dimensiones (el lector que desee una visión de las mismas no ajena al estilo que ahora le interesa puede consultar nuestro libro: *Las Doctrinas Psicológicas*). Y también será preciso advertir que la parte de la doctrina psicoanalítica que aquí nos compete tratar -singularmente, la llamada Teoría de las Neurosis, freudianas- no ha de ser concebida de otro modo que como un intento de sistematización de datos que sirva de pauta para la «comprensión» (no la «explicación») de una mayoría de casos corrientes en la práctica psicoterápica; pronto veremos, en efecto, que un mismo material fáctico puede ser muy diversamente interpretado por las diversas escuelas psicoterápicas y que a pesar de la aparente oposición de tales interpretaciones sus resultados efectivos frente al enfermo pueden ser idénticos, ya que precisa no olvidar esta profunda verdad: *cualquiera que sea el método o la concepción psicoterápica empleada, la obra curativa continúa siendo -y continuará siéndolo siempre- el resultado, favorable o adverso, de una relación bipersonal, psicoafectiva, a establecer, en forma recíproca, entre el médico y el enfermo.*

Lo que importa no es tanto que sea exacto lo que a éste le digamos como el hecho de que *él lo crea exacto y ajuste su conducta en consecuencia.*

Principios generales del psicoanálisis freudiano

1º *Principio del determinismo psíquico.* Freud sostiene que todo acto psíquico no solamente tiene «intención» sino «motivación»; no se da como fenómeno esporádico, accidental o aislado sino como eslabón o elemento de una serie causal y por tanto se encuentra *determinado*. Por absurdo que aparezca a primera vista, hasta el acto psíquico más aparentemente incoherente y disparatado posee *sentidez*, tiene un *significado*: descubrir cuál sea éste es, precisamente, la misión inicial del psicoanalista (Así, por ejemplo, el hecho de que ciertas mujeres, prometidas o casadas, hagan girar instintivamente su anillo de novias entre los dedos no es signo de nerviosidad o distracción sino que revela su actitud ambivalente frente a su compromiso).

2º *Principio de la transferencia afectiva.* Así como hasta el advenimiento del psicoanálisis se creía que era imposible la existencia de un sentimiento o carga afectiva que no se hallase vinculada a un contenido intelectual, de suerte que ambos constituirían una indisoluble experiencia o vivencia, Freud ha afirmado que esa carga afectiva tiene existencia autóctona: preexiste y sobrevive a la idea o dato gnóstico que aparentemente la determina y en realidad tan sólo la sirve de circunstancial soporte. El potencial afectivo puede, así, desplazarse de unos a otros temas y saltar de unas a otras ideas con la misma facilidad que el pájaro salta de unas a otras ramas. Este desplazamiento, en virtud del cual una percepción o representación cualquiera, irrelevante y «neutra» (una goma de borrar, un pañuelo, un nombre, etc.) adquiere, a veces bruscamente, una fuerza atractiva o repulsiva extraordinaria y determinante de la conducta individual se denomina *transferencia* y constituye un hecho habitual en la vida psíquica, pero cuando engendra el sufrimiento del sujeto -por su intensidad, persistencia o el carácter desagradable de los actos que sugiere- se le considera como muestra del llamado «pensamiento imperativo» (o «compulsivo», en sus dos formas: fóbica y coactiva). Un ejemplo, entre muchos, fijará este concepto de la transferencia: una joven ha sido sorprendida durante la noche por una tentativa de seducción hecha por un familiar. No pudiendo gritar por temor al escándalo se ve obligada a reprimir la manifestación espontánea de su terror y su repugnancia. Pronto olvidará el hecho; mas al cabo de un tiempo surge en ella un miedo exagerado a las serpientes. Este miedo

«se impone» ante su voluntad de tal manera que no puede ver ni tocar ningún objeto que por su forma, color o consistencia le recuerde la imagen de una serpiente; por la noche mira y remira debajo de la cama y ha de dormir acompañada pues los barrotes de la misma se le aparecen como serpientes en la obscuridad y la ocasionan crisis nerviosas. ¿A qué se debe esta exageración afectiva? Al hecho de haber sido *transferida* a la idea «serpiente» la carga potencial negativa originada por la tentativa de seducción anterior: la serpiente en el plano subconsciente simboliza el pene y, a la vez, la idea de pecado. Es así cómo lo que en realidad «asusta» a la muchacha no es aquella sino el recuerdo de lo que ahora Signifi-
-a para

3° *Principio del pandinamismo psíquico.* «Nada hay que esté muerto en nuestro psiquismo» -dice el freudismo-. Si a primera vista parece que esa afirmación no sea del todo exacta es debido a que confundimos la apariencia y la realidad: lo que creemos inerte está solamente inhibido o reprimido. El «capital circulante o activo» de nuestra capacidad psíquica varía en gran manera de acuerdo con la intensidad que alcanza esa represión inhibitoria: es mínimo en los estados de estupor o de sueño y máximo en los de exaltación o elación, mas su valor permanece inalterable a través de esos cambios. La vida psíquica, de acuerdo con este principio, se presenta como un perpetuo devenir de una corriente energética que, al hallar obstáculos en su marcha, se concentra e hipertensiona hasta saltar por encima de ellos o sortearlos (mediante un proceso de elaboración secundaria que según los casos adquiere diversos nombres: sublimación, proyección, racionalización, catatimia, holotimia, etc.).

4° *Principio de la represión o censura.* Eje de la dinámica psicológica del sistema freudiano es la afirmación de que el llamado *olvido* no es debido, como hasta su advenimiento se creía, a la simple usura o desgaste de los recuerdos sino a la acción directa de una poderosa fuerza inhibidora que mantiene alejados de la conciencia todos los contenidos psíquicos que resultan inútiles o desagradables. «Cuesta más olvidar que recordar», es el lema del psicoanálisis en este aspecto. El triaje de los materiales que han de ser rechazados al plano del inconsciente es realizado por la denominada «censura» o instancia de la conciencia personal que obedece fundamentalmente a la coacción social y dispone la «represión»

(rechazamiento) de todo cuanto no se ajuste a las normas morales que de aquella se derivan.

5º *Principio de la tripartición de la personalidad adulta.* Freud, como Klages postula que la individualidad psíquica no representa más que la síntesis circunstancial y cambiante de tres grupos de fuerza, a saber:

- a) Las provenientes más directas del fondo orgánico (ancestral) que se manifiestan en forma de impulsos o tendencias primarias de reacción y obedecen a dos clases de instintos: los denominados instintos *tánicodestructores* o instintos de Muerte, de naturaleza *sádicomasoquista* y los instintos *creadores* o vitales, que agrupa bajo el calificativo del *Eros* platónico o *Libido*. Esas fuerzas, inicialmente amorfas y multívocas, constituyen el estrato más profundo de la actividad personal y su conjunto, fundamentalmente inconsciente, integra la parte de esta denominada ELLO.
- b) Las derivadas paulatinamente de la acción correctora y modeladora de la experiencia y la educación que actúan creando por reflexión especular la bipolaridad consciente y permiten separar el Yo (realidad subjetiva) del No Yo (realidad objetiva) delimitando así la noción de autoexistencia y de autodeterminación. Este sector de la personalidad se orienta en sus intenciones y propósitos en una fría moral utilitaria apoyada en la razón lógica y Freud lo distingue como núcleo energético intermedio o YO.
- c) Otro haz, derivado asimismo del ELLO, en virtud de un secundario proceso de reversión (introyección) que dirige hacia la propia mismidad las fuerzas pulsivas de las tendencias agresivas y las coloca al servicio de la autopunición, expiatoria de los primitivos deseos incestuosos y criminales (de los llamados complejos de Edipo o de Electra). El progenitor odiado es incorporado a la personalidad en virtud de ese proceso intoyectivo y se convierte en su más implacable juez o censor; de esa suerte se engendra una antinomia con las tendencias egófilas y surge el último sector integrante de la individualidad psíquica o sea el SÚPER-YO.

Los individuos en los que predomina el «Ello» son amorales, impulsivos, sensuales, con rudimentario pensamiento, principalmente guiado por los principios de la fase prelógica o mágica. In-

capaces de elevarse del plano animal, satisfacen directamente sus tendencias pasionales y constituyen así un ejemplo de constante desadaptación en la vida social.

Los sujetos que tienen un «yo» robusto son fríos calculadores, utilitarios pero prácticos y cautelosos en la satisfacción de sus deseos con el fin de eludir las ulteriores consecuencias desagradables de sus actos. Por ello las gentes les llama «egoístas».

En cambio, las personas en las que se ha formado un «Súper-Yo» omnipotente viven angustiadas e indecisas, se muestran tímidas y recelosas, poseen un exagerado sentimiento de responsabilidad que les lleva incluso, a veces, a acusarse de actos o faltas que no han cometido. Tales personas actúan con escasa eficacia en la realidad exterior y en cambio desarrollan una intensa actividad mental especulativa que en parte notable obedece también a los principios del pensamiento mágico.

En definitiva esos sujetos (tipo patológico de los cuales es el neurótico obsesivo) son víctimas de su instinto destructor (detenido en la fase sádicoanal) que ahora adquiere una intelectualización masoquista, expresada en forma de temores y remordimientos de todo género. Prueba, empero, de que tras esa aparentemente exagerada conciencia moral se oculta un fondo agresivocriminoide de gran potencia nos la da el hecho de que, cuando ocasionalmente se libera el Yo de su influencia, su portador es capaz de mostrarse poseedor de una crueldad sin límites (tal es el caso de muchos de los llamados «jueces» de la Inquisición).

6° *El principio de autocompensación.* Ya se adivina lo difícil que ha de ser mantener en equilibrio en la individualidad esos 3 núcleos energéticos, cada uno de los cuales corresponde a un período diferente de la evolución psíquica y trata de dirigir de un modo absoluto la vida del sujeto. Por esto es sumamente frecuente que se originen «conflictos mentales» que perturben la paz interior y lleven al sujeto a los bordes de la enfermedad psíquica; si ello no ocurre aún con mayor facilidad es debido a que existen «mecanismos compensadores» del equilibrio psíquico, que permiten conciliar las fuerzas antitéticas y sacar al individuo del estado de ansiedad que en él acompaña la duda. Uno de esos mecanismos o procesos, el más generalmente conocido, es el llamado de «sublimación», que constituye un caso particular de la «transferencia afectiva» (v. el 2° principio general antes enunciado). Otros, no menos importantes, son los denominados procesos de «racio-

nalización», «catatimia», «proyección», «holotimia», etc., ya mencionados al ocuparnos del 3^{er} principio general y que ahora vamos a definir y explicar con mayor detalle:

Sublimación. Se da este nombre al proceso en virtud del cual la energía de una tendencia reaccional que tropieza con inhibiciones en su camino es transferida a otras vías motrices, en las que se descarga libremente, originando una satisfacción substitutiva (*Ersatzerlebnis* vivencia de substitución, de los psicoanalistas). El hecho esencial de la sublimación radica en que permite conservar el sentido psíquico (significado) de la acción apetecida, aún cuando ésta, en apariencia, no es realizada. Para conseguirlo se hace necesario: a) cambiar el objeto estímulo; b) cambiar la forma motriz de la respuesta, o alterar ambas cosas a la vez, *persistiendo*, no obstante, la misma intención apetitiva y reaccional. Esto da lugar a tres tipos de actos de sublimación: en el primero de ellos la acción apetecida se realiza *totalmente* sobre un objeto diferente, el cual es erigido en «señal representativa» o «símbolo» de aquel que es la verdadera meta de la tendencia (el puñetazo dirigido al director de la oficina se descarga sobre la mesa del despacho; las atenciones y caricias que no pueden ser hechas a una joven dama se hacen a su hermano menor, a sus hijos o a sus sobrinitos; el retrato de un dictador es quemado en lugar de su cuerpo inaccesible, etc.).

En la segunda modalidad se conserva *totalmente* el objeto, pero es elegida una respuesta indiferente, ligada por cualquier circunstancia asociativa con la que resulta obstaculizada y se descarga entonces sobre aquella toda la intención reaccional (el beso se substituye por un apretón de manos; el abrazo por el baile; la declaración amorosa por el envío de un ramo de flores; la frase injuriosa por una palabra irónica o de doble sentido, etc.). Finalmente, en la tercera modalidad se unen la simbolización del objeto y la de la respuesta para desfigurar todavía más el sentido de la acción y permitir a la vez la adaptación del sujeto a la realidad y la compensación intra psíquica de la tendencia insatisfecha (un amador desdeñado emprende un viaje para cazar animales feroces en un país salvaje; un opositor eliminado consigue un buen lugar en una lucha deportiva; un candidato derrotado emprende una nueva organización comercial; un jugador arruinado se vuelve borracho, etc.).

Catatimia. Con este nombre se designa la acción que las tendencias afectivas ejercen sobre la percepción de la realidad. Los datos psíquicos sobre los que opera el pensamiento no son propor-

cionados a la conciencia individual de un modo neutral, sino que merced a la función catatímica son arbitrariamente seleccionados y destacados del conjunto ambiental, o del campo de la sensibilidad (experiencial) interna, de suerte que tanto nuestras percepciones sensoriales como nuestras vivencias son persistentemente deformadas en la dirección que señala la actitud de reacción predominante en el sujeto. El interés positivo (deseo) o negativo (temor), dirige la atención consciente hacia determinadas zonas de la realidad y la aparta de otras, a la vez que interviene en la estructuración de las formas percibidas dándoles un valor y una jerarquía subjetivas que están de acuerdo con su orientación reaccional.

La acción de la catatimia será más evidente cuanto más intensa sea la tendencia afectiva que la desencadena, y por ello se comprende que llegue al máximo cuando en la persona se reactivan las funciones emocionales primarias. Por esto toda persona emocionada es un pésimo testimonio de la situación emocionante. El miedo deforma la realidad exterior y crea o agranda sus peligros (recuérdese el descomunal tamaño que es atribuido a los animales dañinos que aparecen esporádicamente en zonas despobladas) del propio modo como altera la autoscopia y crea o agranda síntomas morbosos en los enfermos neurasténicos, hipocondríacos y perseguidos. La cólera desvaloriza sus estímulos desencadenantes, exagerando sus cualidades negativas o perjudiciales. Y en cuanto al amor, nada hay que decir: basta con pensar en los adelfos que son presentados en los concursos de belleza infantil o en los que se presentan por sí mismos en los de belleza juvenil y adulta, para comprender hasta qué punto puede alterar la percepción de la realidad. Bernard Shaw, agudo psicólogo, ha llegado a decir: cuando alguien ve a una persona más cualidades y menos defectos que a las demás es que está enamorado de ella (la recíproca también puede ser cierta).

Como se supone, la función catatímica sirve para adaptar la realidad al sujeto, proporcionándosela «a medida» de sus conveniencias particulares y momentáneas. En este sentido no hay duda de que desempeña un papel de adaptación y compensación en los conflictos psíquicos que a menudo surgen entre las apetencias personales y sus posibilidades de realización. Pero la catatimia encierra un grave peligro, pues al apartar al sujeto de la realidad objetiva, si bien lo concilia consigo mismo, puede ponerlo en con-

flicto con las opiniones de sus semejantes y conducirlo a conductas patológicas, como pronto veremos.

Proyección. Se da este nombre a la función en virtud de la que se efectúa la extrayección de las tendencias afectivas del sujeto, que son proyectadas fuera de él y referidas a otras fuentes de origen. En virtud de ello el sujeto pasa de ser activo a pasivo, que no influye sino es influenciado (con la particularidad de que lo es en el sentido o dirección en que él tiende a actuar). De esta suerte se ve libre de la responsabilidad de sus actos y desaparece en su conciencia todo conflicto entre el deseo y el deber (o, por decir mejor, entre la tendencia natural y la tendencia ética). Un ejemplo típico de proyección nos ha sido dado por Sanchis Banús al citar la conducta de su hijo durante una visita al parque zoológico del Retiro: el niño había ido con su abuelo a ver la jaula de los leones y al oír un rugido fuerte de uno de estos ejemplares tiró de la manga al viejo diciéndole: «Vamonos de aquí abuelito, que *tú* tienes mucho miedo». Gracias a la función proyectiva muchos ataques se transforman aparentemente en defensas y muchas acciones egoístas adquieren un aspecto altruista (recordemos el frecuente caso del joven profesional que compra un automóvil para distraer a sus padres y evitar que se cansen o el del contribuyente que da por sentado que el Estado quiere estafarlo y *para evitarlo* hace una declaración falsa de sus utilidades... o el del estudiante que al encontrar pesada y difícil una asignatura proyecta su antipatía hacia quien la explica y seguidamente realiza la extrayección de ese odio, tratando de convencerse de que el profesor «le tiene ojeriza» al no aprobarle).

Una de las formas más corrientes de la proyección es la que consiste en transformar un deseo en temor: así se explica una de las génesis de las ideas de persecución y de influencia: el sujeto se cree perseguido por quienes en realidad desearía se fijasen en él. Ahora solamente nos limitaremos a señalar que todo temor representa la extrayección de un deseo y sirve en definitiva, casi siempre, para realizar la conducta que se derivaría directamente de éste.

Así, el deseo de ser santo se transformará en el miedo de ser pecador, el deseo de ser rico da paso al temor de la pobreza, el deseo de vivir largo tiempo crea el miedo a la muerte, etc., y en todos estos casos el sujeto realiza bajo la influencia de su temor lo que quizás no se habría decidido a hacer bajo el directo impulso de su

deseo. La importancia enorme que la proyección afectiva tiene en la vida psíquica, tanto normal como patológica, apenas si puede ser entrevistada por quien no se halle acostumbrado al análisis profundo de la motivación de los actos humanos.

Racionalización. Esta función autocompensadora consiste en crear una falsa motivación subjetiva que permita justificar aparentemente la satisfacción de la tendencia a la cual se opone la censura. Gracias a ese artificio los pretextos se erigen en razones y logran su tranquilidad quienes en realidad obedecen en sus decisiones a la acción de las fuerzas pasionales del Ello.

La racionalización pone al servicio de la animalidad humana todas las sutilidades de una lógica partidista, con tal habilidad y éxito que en bastantes casos la razón colectiva se ha inclinado, sugestionada, ante los sofismas de un inteligente y desaprensivo teórico o de un infeliz paranoico que así han conseguido pasar a la posterioridad.

Parece innecesario aducir ejemplos de este mecanismo: nadie se ve libre de su actuación (que constituye por lo demás una seria objeción a la teoría del libre albedrío). Recordemos solamente, por ser típicos, el caso de la zorra de la fábula de La Fontaine (cuando al darse cuenta de que no puede alcanzar el racimo de uvas se aleja desdeñosa diciendo: «están verdes») y el de las atrocidades sin cuento que han sido y son cometidas escudándose en el sofisma de que «el fin justifica los medios». Así como la catatimia y la proyección se observan de preferencia en personas débiles, tímidas o de escaso talento, la racionalización acostumbra a ser tanto más activa y peligrosa cuanto mayores son la agresividad y la inteligencia de quien la exhibe. Su fuerza crece, en efecto, con la soberbia y la apetencia de dominio. Por ello no progresa más la Humanidad en su conocimiento, toda vez que las mentalidades creadoras -en el terreno de los valores filosóficos- han visto contrarrestadas las ventajas de su genio intelectual por los inconvenientes de su genio afectivo y han sido más propensas a la acción del proceso de racionalización. Así se explica la violencia y la esterilidad de la lucha de las diversas escuelas y doctrinas culturales, ante las que palidecen las desviaciones de los enfermos mentales a quienes se desprecia por ser «privados de razón».

Holotimia. En virtud de los mecanismos anteriores puede el sujeto conseguir casi siempre una dosis suficiente de «autoengaño» que le permita conciliar sus opuestas tendencias. Mas si aque-

líos fallan cabe aún que se conforme a la obtención de un resultado parcial o incluso a una renunciación total de sus deseos si es capaz de prometerse a sí mismo un mayor bien ulterior con tal actitud de sacrificio. Para ello concibe que una conciencia superior a la suya toma en cuenta sus penas y fracasos para recompensar aquellas y reparar estos en una vida ulterior, en un «más allá» en el que se hallará la Justicia que el Mundo le niega y la Felicidad a la que ahora renuncia. Este proceso es evidentemente mucho más eficaz que los anteriores, una vez puesto en marcha, pues permite prescindir en absoluto de la realidad exterior y compensar, siquiera sea imaginativamente, todos los malestares. Por ello se engendró con fuerza irresistible en la mentalidad primitiva y constituyó la más firme base para el desarrollo ulterior de las creencias religiosas (en cuanto a los ritos derivados de ellas y especialmente a los orígenes del monoteísmo han sido objeto de una más complicada y atractiva explicación por Freud, en su libro: *Tótem y Tabú*).

LA TEORÍA DE LA LIBIDO

He aquí otro de los puntos de ataque más apasionadamente disputados en el movimiento psicoanalítico: la naturaleza y el desarrollo de la fuerza propulsora de la actividad psíquica. Freud mantiene que esta fuerza o energía es transmitida al Ser en el acto de la fecundación y le es, por así decirlo, consubstancial. Desde un punto de vista teleológico hay que considerarla como un oscuro «impulso creador», tendiente a asegurar la expansión y la perpetuación de ese Ser en el espacio y en el tiempo. Su Naturaleza fundamental parece, en algunos pasajes de la obra freudiana, ser hormonal e instintiva, mas precisa advertir que acerca de ella no da precisiones su revelador y se limita a postular que engloba, eso sí, a las energías sexuales, motivo por el cual la denomina *Libido Sexualis* o *Eros*. No obstante, ello no significa que sea *exclusivamente* sexual, pues contiene elementos indiferenciados y comunes a otras funciones vitales. Sin embargo, el haz central de su estructura sí es de naturaleza sexual y sufre una serie de transformaciones y fijaciones evolutivas hasta llegar a concentrarse, en la vida del adulto, en el ejercicio de la función genital propiamente dicha y en la presentación accesimal de la llamada «hambre sexual». Veamos, brevemente, cuáles son las evoluciones en cuestión:

Cuando el niño viene al mundo su libido no tiene objeto ni finalidad sexual concreta y se acusa solamente como una vaga impresión de *placer* que aquel experimenta cuando halla satisfechas sus necesidades térmicas y nutricias (período termonutritivo de la libido). Pronto, no obstante, la mucosa bucal empezará a constituir la *primera zona erógena*. En efecto, el niño que al principio, cuando lloraba solamente era calmado por el ingreso de la leche en el estómago, a las pocas semanas lo es ya por la simple succión del pecho o de la tetina del biberón y luego lo será por la de un «chupete» o por la *succión de sus propios dedos*. Es así como esta succión, primitivamente desprovista de significación, pasa con el tiempo a constituir una fuente intensa de placer libidinoso (por localización periférica de éste en la zona bucal). Durante esta *fase oral* del desarrollo libidinoso las criaturas se llevan a la boca cuanto encuentran y son bastantes las que no pueden dormirse sin tener un objeto en su interior.

Algunos contradictores han pretendido que esta especie de canibalismo de los lactantes hallaría su explicación en la irritación de sus encías, producida por la próxima salida de los dientes, de suerte que los pequeñuelos intentarían calmar el dolor gingival mediante el frote con la encía de los objetos, no demasiado duros, que introdujesen en la boca. Sin embargo, ello no es exacto, pues no explica el *movimiento rítmico de avance y retroceso*, característico de la succión, que los lactantes imprimen a tales objetos. Hay que recordar que el placer sexual del adulto se halla ligado también al frote rítmico de una mucosa sensible y, de otra parte cuando efectivamente el pequeñuelo sufre los efectos de una crisis dentaria su conducta (intranquila y quejumbrosa) es bien distinta de la que se observa durante sus nocturnas y silenciosas succiones que podrían ser consideradas como una especie de masturbación oral.

La teoría psicoanalítica de Freud sostiene que alrededor del segundo año el placer libidinoso emigra hacia el otro extremo del aparato digestivo y se localiza en la zona anal dando lugar así a la segunda fase evolutiva, designada con el nombre de *fase anal*, durante la cual el placer libidinoso es despertado principalmente por la lenta e intermitente succión de los excrementos contra dicha mucosa. Los infantes se acostumbran a retener entonces sus deposiciones para procurarse una mayor satisfacción en el momento de su expulsión. Otras veces introducen sus dedos en el orificio anal con el mismo fin y no es raro tampoco que la zona erógena se

extienda hasta la región glútea, debido al hábito que tienen las niñas de «dar golpecitos en las nalgas» de las criaturas para que callen y se duerman más pronto. Los niños que presentan un erotismo anal intenso sienten un interés creciente por sus excrementos (y por los ajenos), juegan y se ensucian los vestidos, el cuerpo y las manos con ellos -aprovechando cualquier olvido- y no es raro que lleguen incluso a meterse los dedos en la boca, o los huelan con fruición, después de haber defecado.

Coincidiendo con esta fase, o quizás un poco después, se instala una tercera localización extragenital de la libido en el aparato excretor urinario, constituyendo el denominado *erotismo uretral*. Los infantes se acostumbran a retener las ganas de orinar, o bien quieren estar orinando a cada instante, acudiendo -sobre todo si son niños- a pequeños frottes digitales en la extremidad uretral externa. Es frecuente el caso de criaturas que «jugando» se introducen objetos a través del orificio uretral o anal (a veces también lo hacen en el conducto auditivo o en la nariz, siendo éstas, asimismo, muestras de localizaciones extragenitales de la libido durante el período autoerótico o narcisístico de su desarrollo). El hecho de la progresión intermitente de estos objetos a través de un conducto revestido de una mucosa sensible es el factor común que permite referir todas estas aparentes «chiquilladas» a su motivo: la búsqueda del placer libidinoso.

Cuando el niño empieza a ser un poco más grande y se acerca a la segunda infancia, la libido continúa extendiéndose por su cuerpo, y llega a un período final en que el autoerotismo se encuentra diseminado por toda la superficie tegumentaria, a pesar de que continúan existiendo determinadas zonas erógenas que monopolizan preferentemente el placer libidinoso (pecho, mejillas, región glútea, boca, ano, etc.). En este período (que tiene una duración muy variable según los casos, pero que ordinariamente podemos localizar entre los 3 y 6-7 años) el niño empieza a utilizar un nuevo órgano a provecho de la búsqueda del placer sexual: la *vista*. Es la época en la cual él goza con la contemplación de su propio cuerpo y toma un interés especial en exhibirse desnudo delante de los otros. ¿Quién no recuerda estas criaturas que en los pueblos esperan ver algún extraño (al paso del tren, por ejemplo) para subirse las faldas y mostrarnos con una sonrisa sus genitales? No hay duda de que el período narcisístico (denominado así por analogía con el joven Narciso que, según la Mitología, estaba en-

morado de sí mismo) incluye, además de las manifestaciones pasivas que antes hemos citado, otras de erotismo activo que se traducen en el exhibicionismo de que acabamos de hablar. Es, pues, un período de transición entre las fases anteriores (en las cuales la satisfacción libidinosa es conseguida dentro del mismo cuerpo, de modo que coinciden el *sujeto* y el *objeto* sexuales) y las que estudiaremos en seguida, en las cuales empieza ya la proyección de la libido al exterior y el infante localiza fuera de él el objeto de su placer sexual.

En efecto, la observación atenta de los niños ha demostrado a Freud que después de la difusión general de la libido por el cuerpo del infante, y del periodo exhibicionista de éste, existe un lapso considerable de tiempo durante el cual no se observa aparentemente ninguna manifestación objetiva de la sexualidad infantil. Es el denominado período de latencia o de recogimiento (*Aufschubperiode*), que, generalmente se extiende hasta la época puberal. El infante, que era -según la afortunada expresión freudiana- un *perverso polimorfo*, desarrolla durante este tiempo, bajo la influencia de la educación, una serie de mecanismos inhibidores de sus tendencias libidinosas (anales, uretrales, autoeróticas, exhibicionistas, etc.) y se crea en él un conjunto de factores represivos: vergüenza, repugnancia, etc., que conducen -como hemos dicho- a la progresiva desaparición de aquellas.

Pero bajo este aparente retroceso la libido continúa su evolución. El infante -cada vez más interesado por lo que pasa fuera de él- abandona su narcisismo y proyecta su afecto sexual al exterior, *fijándolo primeramente en la persona de su progenitor de sexo contrario*. Así, pues, el padre para las niñas y la madre para los niños constituyen el primer objeto sexual externo. Durante una serie de años -dice Freud- los hijos se encuentran ligados a los padres por una doble relación erótica: amor y odio. El niño que goza con las caricias de la madre empieza a ver en el padre un rival que le disputa la posesión de este goce; consiguientemente se engendra en él un odio hacia su progenitor, odio que será bien pronto reprimido, así como dicho amor materno, y ambos pasarán al subconsciente y finalmente al inconsciente para constituir el célebre COMPLEJO DE EDIPO de la psicología freudiana (denominado así en recuerdo de Edipo, el rey de la tragedia sofocliana, que, como sabemos, mató a su padre y se casó con su madre). Viceversa, en las niñas la doble relación erótica se establece en el sentido del amor hacia el

padre y el odio hacia la madre, dando lugar -cuando es rechazada al inconsciente- al denominado COMPLEJO DE ELECTRA.

Estudiando minuciosamente la psicología de los pueblos primitivos -tomando por base los magníficos trabajos de Wundt y completándolos desde el punto de vista sexual- Freud ha aportado numerosos datos para demostrar que estas tendencias incestuosas de los infantes adquirieron una intensidad tal en los tiempos iniciales del desarrollo de la sociedad humana, que las tribus primitivas tuvieron que adoptar una especial organización (totemista) para defenderse de los pésimos efectos de su realización. En los antiguos clanes existía un complicadísimo sistema de prohibiciones y ritos que no tenían otro objeto que oponer un obstáculo máximo a la realización del incesto y al asesinato del padre por el hijo (véase la magnífica obra freudiana *Tótem und Tabú*, que hoy se encuentra ya traducida al español y editada por la biblioteca Nueva).

Recientemente (véase *Psicología de las masas y análisis del Yo. Obras Completas*. Biblioteca Nueva. Trad. López Ballesteros), la concepción de los complejos incestuosos que acabamos de exponer ha sufrido un cambio que la ha complicado de un modo extraordinario. En efecto, la ortodoxia psicoanalítica parece haber admitido *la teoría intersexual de Hirschfeld* según la cual -como sabemos- en cada persona (nene o nena, hombre o mujer) existen vestigios del sexo contrario, de tal manera que desde el punto de vista sexual ya no se puede decir de un individuo que sea hombre o mujer, sino que hay que definir en qué proporción es hombre y mujer a la vez. Ni tan sólo teóricamente puede admitirse la existencia de un hombre o de una mujer 100 por 100. Claro está, sin embargo, que en la mayoría de los casos el sexo predominante aparece en cada individuo adulto bastante acusado (desde el punto de vista psicológico) para no dejar lugar a dudas sobre su clasificación, pero en los infantes sucede lo contrario, y entonces, hay que tener en cuenta el hecho de que su actitud hacia los padres ha de ser ambivalente, es decir, que cada infante vivirá simultáneamente los complejos de Edipo y de Electra, con la única diferencia de que el primero predominará o pasará a segundo término según que tenga más de macho que de hembra, o viceversa, su organismo. Diciéndolo en términos más claros: la confluencia de las actitudes eróticas correspondientes a los dos elementos sexuales hará que cada infante quiera u odie a la vez a su padre y a su madre; a

medida, no obstante, que el niño se virilice y la niña sea más femenina, desaparecerá tal ambivalencia y surgirán los respectivos complejos de Edipo y de Electra en la forma antes citada.

No obstante, hay que confesar que la observación empírica no parece confirmar esta nueva interpretación que Freud ha dado al problema. Porque, de acuerdo con ellas, los niños muy afeminados tendrían que vivir predominantemente el complejo de Electra y, recíprocamente, las niñas muy viriles tendrían que sufrir más intensamente el complejo de Edipo, que los niños y las niñas normales; pues bien; la práctica confirma lo contrario, o sea que los niños afeminados se encuentran mucho más sometidos a la influencia materna y que incluso las niñas clitoridianas sienten una más grande admiración por el padre.

Asimismo habría que investigar esta cuestión con la mayor profundidad para distinguir lo que puede haber de innato y de adquirido en estas *actitudes sexuales* de los infantes y los jóvenes (Porque se puede dar perfectamente el caso de que tenga más importancia para su explicación lo que los interesados se piensan ser sexualmente, que lo que son en realidad y no se puede desdeñar tampoco el hecho de que la tarea educativa es casi siempre llevada a cabo por el progenitor del propio sexo y por ello éste se hace más antipático al niño).

Durante el mismo período de latencia en que se originan los complejos de Edipo y de Electra, los infantes empiezan a encontrarse preocupados por el denominado ENIGMA DE LA ESFINGE, es decir, el enigma de su procedencia. Queriendo saber cómo ha nacido, imagina el niño una serie de explicaciones más o menos absurdas (ha sido defecado, ha sido sacado del pecho de su madre, ha salido por el ombligo, etc.), que tendrán, no obstante, una gran importancia para orientar las localizaciones anatómicas secundarias de sus zonas de excitación sexual.

Al mismo tiempo el infante se convence de las diferencias genitales que separan los dos sexos, y como sea que él creía primitivamente que ambos poseían los mismos órganos, se origina ahora, si es niño, la creencia de que las niñas han sido castradas y *el miedo de que él lo será también* el día menos pensado. Este miedo, rechazado por el inconsciente, constituye uno de los complejos más frecuentes que se encuentran en los neuróticos EL COMPLEJO DE LA CASTRACIÓN. Las niñas, en cambio, reaccionan delante de este descubrimiento con un sentimiento de envidia y con el deseo de

llegar a ser niños, es decir, de tener también un pene (*envié du penis*) no siendo poco frecuente que se origine en ellas también un complejo de odio a sus progenitores por hacerlos responsables de esta inferioridad.

Cuando la pubertad se acerca y empiezan a tener lugar los cambios anatomofisiológicos de ésta, se observa generalmente un denominado *período de retorno*, caracterizado por el aumento de fuerza de la libido que -unido al fracaso y decepciones producidas al niño por sus investigaciones sexuales- determina un nuevo despertar de las perversiones sexuales primitivas, y el niño vuelve momentáneamente a la fase de autoerotismo, con todas sus manifestaciones, y además, la satisfacción *onanista* y *masturbadom*. Pero la evolución de la libido persiste y se continúa a través de todos estos fracasos y, bajo la presión creciente que el nuevo desarrollo genital empieza a ejercer, el infante, ya casi púber, sale nuevamente de su autoerotismo y proyecta por segunda vez la libido al exterior. La influencia de la educación y de la moral le impiden fijarla ahora en sus progenitores, y por esto la exterioriza algo más eligiendo por objeto sexual algún individuo del sexo opuesto que pertenece a círculos más excéntricos de su curriculum familiar. Así no es extraño que en esta época empiecen a ser más notadas las relaciones eróticas entre hermanos y hermanas, entre primos, etc.

De otra parte, la persistencia de residuos narcisísticos -y por lo tanto homosexuales- puede determinar en este período la existencia de una *ambivalencia sexual*, en virtud de la cual, las primeras manifestaciones del amor -como forma ya diferenciada del instinto sexual, por sublimación- tengan lugar con personas del mismo sexo. Justamente por este motivo han de vigilarse tanto las *amistades* que en la época puberal se inician en los pensionados, colegios, etc., entre los jóvenes del mismo sexo.

Finalmente llega el último estado de evolución de la libido normal, que consiste, claro está, en la obtención periódica del placer sexual mediante la cohabitación con una persona del sexo opuesto: verdadero objeto sexual, sobre el cual se concentra todo el afecto libidinoso de que dispone el sujeto. Lo sobrante de la energía libidinosa que no tiene ocasión de manifestarse en esta forma, es *sublimado* y transformado en *trabajo*. Desde este punto de vista existe, pues, según la doctrina freudiana una cierta oposición entre la sexualidad y el trabajo, debida al hecho de que ambos factores se nutren de una misma fuerza: la libido, de manera que la

cantidad que se aplique de ésta en exceso a uno de ellos hará después falta para el otro. En realidad, es necesario que exista un cierto equilibrio entre estas dos manifestaciones de la actividad humana, y la práctica nos confirma cómo la misma Naturaleza procura conseguirlo no simultaneándolas nunca, sino alternándolas cronológicamente.

Claramente se comprende que la detención de la libido en cualquiera de los períodos evolutivos que acabamos de citar ha de ser el origen de trastornos que han de afectar el buen funcionamiento del organismo en general. En primer lugar, esta detención llevaría como única consecuencia, la realización, en la vida del adulto, de todas las perversiones sexuales correspondientes a la época en que se fijase la evolución libidinosa (si no fuese que la actual organización de la sociedad impone una serie tal de obstáculos materiales y morales a esta realización, que, de hecho, imposibilita casi siempre la obtención normal del placer con ella, tal como sucedía en la infancia). El desarrollo de la censura moral no tiene motivo para sufrir la misma detención que la evolución de la libido (si no se trata de sujetos degenerados o imbéciles); consiguientemente ha de instalarse por fuerza en el espíritu del sujeto un grave y persistente conflicto mental, resultante de la lucha tenaz entre una libido insuficientemente evolucionada, que busca satisfacciones impropias de la edad, y las fuerzas represivas que se oponen, bajo la forma de pudor, de asco, de repugnancia, etc., a la ejecución del deseo libidinoso. Y bien; Freud termina la exposición de su teoría sexual afirmando que *estos conflictos resultantes de una detención de la evolución de la libido que no corresponde al desarrollo general de la personalidad psíquica son la causa de todas las perturbaciones psiconeuróticas.*

Teoría freudiana de las neurosis, psiconeurosis y psicosis

Basándose en el hecho de que toda pulsión (Trieb) instintiva permanece activa y moldea la dinámica intrapersonal hasta que se descarga (por la vía motriz, con la consiguiente vivencia de «satisfacción») Freud atribuyó las alteraciones mentales a las dificultades que la vida social oponía a la libre descarga de tales impulsos. De cierto modo podía decirse que el sujeto se enferma de la mente por no hacerse «pecador» o «delincuente», unas veces, o por «ha-

berlo sido», otras. En efecto, las dos fuentes primordiales de angustia de las que derivan las tentativas de «huida» de la individualidad en el dominio de la psicomorbosidad son: la angustia de la libido insatisfecha (procedente del Ello) y la del «sentimiento de culpa» o remordimiento inconsciente (procedente del Súper-Yo); también existe, evidentemente, una angustia del Yo, mas ésta, cuando merece este nombre, obedece a situaciones exteriores (y por tanto visibles) cuya solución es obvia y no requiere intervención psicoterápica específica.

Resulta entonces que Freud, sin proponérselo, sigue el punto de vista de Hughlings-Jackson, toda vez que considera que los *síntomas mentales productivos* son, como los neurológicos, expresión de una última y desesperada tentativa de la individualidad para restablecer su equilibrio existencial cuando vive en condiciones anormales. Ambos autores adoptan una posición teleológica y consideran que los mecanismos y lesiones patológicas propiamente dichos son siempre silenciosos, es decir, no aparentes. Del propio modo como «el dolor», «la fiebre» o la «tos» cumplen fines benéficos, pues evidencian la reacción individual ante causas nocivas, así el «insomnio», el «delirio», las «fobias», etc., aun cuando hagan sufrir al paciente están en realidad a su servicio. Lo que ocurre es que en muchas ocasiones «es peor el remedio que la enfermedad» y tales síntomas -como los citados en primer lugar- pueden por sí mismos convertirse en una grave amenaza para el sujeto, cuando desbordan los límites de intensidad o persistencia prudenciales. Entonces hay que intervenir médicamente para conseguir «otro ajuste», es decir, otra «defensa y superación» individual contra los procesos patógenos.

Así el psicoanálisis permitirá conocer los motivos de la detención, regresión o perversión de la evolución de los impulsos libidinosos, desviar o sublimar un exceso de instintos tánicos, etc., y liberar al Yo del círculo vicioso en que se halla (en virtud del cual altera su conducta por los síntomas y éstos a su vez se refuerzan por dicha alteración).

No es éste el lugar de exponer de un modo sistemático esa grandiosa concepción que, por lo demás, tiene muchos puntos objetables. No bastará con resumir sus aplicaciones al campo de los síndromes mentales más corrientes, empezando por la

Histeria de fijación. Su sintomatología es la de los clásicos «ataques» histéricos con su acostumbrado acompañamiento de

gestos, gritos y posturas más o menos espectaculares. Freud sostiene que estos son motivados por «reminiscencias» de vivencias desagradables que produjeron profunda huella al sujeto durante su vida infantil. La tarea curativa consiste en la «catarsis ab-reactiva» o sea, en su reevocación y reviviscencia plena en la conciencia, procediendo acto seguido a la descarga directa o a la sublimación de los potenciales instintivos que los animaban (y que casi siempre eran reprimidos por ser de naturaleza sexual pecaminosa, generalmente incestuosa).

Histeria de conversión. Así como en la anterior el potencial de la reacción reprimida se descarga accasionalmente, en esta forma neuútica se observa la conversión o transformación del deseo potencial en síntoma o síndrome permanente y visible (parálisis, contractura, mutismo, etc.). Así, por ejemplo, la fuerza con la cual una histérica habría realizado un coito se transforma en una contractura de sus abductores que puede simular una coxalgia, el odio que le produce la convivencia con un familiar rival se *convierte* en un espasmo esofágico, etc. En tales casos, como en todos los de esta neurosis, hay que señalar al paciente el nexo existente entre su tendencia reprimida y sus síntomas, procurando la descarga normal de aquella, por vía indirecta ya que sólo por excepción podrá realizarse de un modo directo (puesto que si así fuese se habría realizado espontáneamente y no se habría creado la neurosis).

Histeria ansiosa. Freud diferencia esta forma de la neurosis de angustia, basándose en su patogenia más que en sus manifestaciones clínicas. Para él la ansiedad es más un malestar *psíquico* y la angustia un malestar *físico*, la primera produce hipermovilidad y la segunda tiende en cambio a inmovilizar al enfermo; pero lo importante es que aquella resulta siempre del *esfuerzo que el sujeto hace para reprimir una tendencia inmoral que pugna por irrumpir no sólo en su conciencia sino en su conducta*. Si la inhibición lograda es completa se obtiene el cuadro de la ansiedad pura, si es incompleta puede originarse un temor aparentemente absurdo que establezca así el nexo de transición con la forma clínica siguiente, o sea, la

Psiconeurosis obsesiva, o compulsiva. En contra de la opinión de Pierre Janet, que interpretaba los síntomas de esta neurosis (denominada por él Psicastenia) como debidos a una falta de «tensión psíquica», el freudismo mantiene que su base se halla en la detención de la evolución libidinosa en la fase de erotismo sádi-

coanal, lo que da lugar a una especial modalidad de carácter; el llamado *carácter anal*, cuyos rasgos esenciales son: *la obstinación, la escrupulosidad, la manía del orden y la persistencia de los sentimientos de odio*, coexistiendo con manifestaciones de extrema humildad y autopenalización.

Tales personas viven en la duda permanente por no poder conciliar las opuestas y violentas fuerzas de su Ello y su Súper-Yo. El Yo se ve así empobrecido y emparedado, como el habitante de una ciudad en la que hubiese una implacable lucha entre poderosas bandas de criminales y una policía enérgica. Esto lleva a tales sujetos a apoyarse en el hábito y en el automatismo y a rehuir toda nueva acción (por temor de entrar en conflicto nuevamente con uno de sus internos enemigos) engendrándose así un especial misoneísmo en ellos; se levantan, se acuestan, trabajan, comen, etc., repitiendo con exacta uniformidad los mismos actos. Esta tendencia iterativa o repetitiva tiene además, según Freud, su origen en la actitud -propia de la fase anal de la libido- de *retener* el paso del excremento por la parte inferior del tubo intestinal y rectal (con el fin de gozar del doloroso placer que la distensión de su mucosa les produce). Esta actitud de retención, trasplantada a los diversos planos de su conciencia es la que origina su especial *viscosidad* reactiva, explica el ulterior *restreñimiento pertinaz* que padecen y origina asimismo en muchos casos rasgos de *avaricia*, de afán captativo y de conservación. Parece como si irresistiblemente tratasen de inmovilizar todas sus vivencias psíquicas, a consecuencia del hábito que primitivamente adquirieron de prolongar algunas. No es raro que tal actitud se sublime en forma de *tendencia coleccionista* o de impulso *descubridor* (no pocos «escarbapiedras» -como Shaw llama a los arqueólogos- derivarían, según esta concepción, de un fondo sádicoanal sublimado). En todo caso, el psicoanálisis sostiene que para curar este tipo de neurosis se requiere propulsar la evolución libidinosa del sujeto hasta su normal nivel.

Explicación psicoanalítica de las principales psicosis

Freud no se limitó a interpretar con su concepción los trastornos mentales más leves sino que la extendió hasta intentar explicar todas las psicosis, incluso las que parecían, por su naturaleza endógena, resistir a todo ensayo, de comprensión psicológica. Los

psiquiatras se hallan divididos respecto al juicio que les merecen tales interpretaciones. No obstante, merecen ser tenidas en cuenta las que damos a continuación:

Hipocondría. El exceso de aprensión y de temor de enfermedad que caracteriza a los sujetos hipocondríacos derivaría de la fijación o regresión (según se trate de «carácter» o de «estado» hipocondríaco) de su libido al período de narcisismo o autoerotismo (El joven Narciso, en la Mitología, se hallaba enamorado de su propio cuerpo, que contemplaba extasiado al reflejarlo, desnudo, en las aguas del lago). El sujeto al que no le es dable proyectar al exterior su impulso libidinoso (queriendo a los demás) lo almacena en sí mismo (se quieie) y entonces concede demasiada importancia a su vida y a su salud, lo que le lleva a temer más que los demás todo cuanto puede comprometerlas. Consiguientemente se autoobserva constantemente, trata de sorprender el más leve signo de anomalía en sus funciones y sospecha que éste pueda ser indicio de un grave mal; del temor pasa a la creencia de que se encuentra gravemente enfermo y comienza a preocuparse de tal modo que desatiende todo cuanto no haga referencia al tratamiento de sus supuestos padecimientos. En tales casos, postula el freudismo, el mejor remedio consiste en conseguir la vinculación del enfermo a un buen objeto libidinoso que le estimule y descargue el exceso de potencial erótico que tiene almacenado en sí (Cuando ello no es posible, queda siempre la sublimación de aquél en forma de trabajo o goce artístico).

Melancolía. Enfermedad producida por el triunfo absoluto del Súper-Yo autopunitivo, que lleva al Yo a una autoanulación y a un deseo -o temor- de expiar sus anteriores faltas, adoptando una actitud masoquista, pasiva, de reconcentración y «encharcamiento en el sufrir existencial». Es tal la fuerza del impulso autopunitivo (alimentado por el instinto de muerte o tánico) que el melancólico acaricia la idea de suicidio y la obedece en muchos casos, no siendo raro incluso que se mate en forma que haya que sufrir al máximo para ello. En tales ocasiones, todo cuanto permita la descarga del instinto destructor sin comprometer gravemente la salud individual abrevia el curso de la enfermedad y por ello se explica el buen éxito de la terapéutica convulsionante (método de von Meduna) que permite al sujeto el goce de morir (y resucitar) varias veces sin comprometer su vida como lo hacen sus tentativas de suicidio.

Manía. Cuadro opuesto al anterior, se engendra cuando el Yo se libera totalmente de la coacción del Súper Yo y puede satisfacer los impulsos del Ello sin sufrir la censura de aquel. Entonces el sujeto hace -o intenta hacer- cuanto le da la gana, se siente omnipotente y onisciente: posee salud y fuerza, inteligencia y riquezas extraordinarias... es decir, da por hecho cuanto desea y afirma constantemente su dominio y poder frente al Mundo. No reconoce otra autoridad que la suya ni obedece a otros principios que a los de su momentánea y cambiante caprichosidad. De aquí su agresividad pero también su afectuosidad y dadivosidad; en efecto, el maníaco vive a lo largo de la escala amor-odio: está alegre o enfadado, pero siempre se siente *superior* a la situación (para él, el Mundo es menos que un pañuelo). En cierto modo, como ha demostrado el penetrante psicoanálisis de Mac Curdy, tal estado representa una regresión de la libido al período puberal (de eclosión de las funciones genésicas) en el que el niño -hasta entonces temeroso y obediente- afirma con obstinación la independencia de su personalidad y sueña con ser «algo» muy grande en la vida (No obstante, la psicología del estado maníaco ha sido más profundizada por L. Binswanger, utilizando los puntos de vista fenomenológico y antropológico-existencial).

Delirios persecutorios. Cualquiera que sea la causa desencadenante del delirio de persecución -dice Freud- éste es alimentado por *la proyección de tendencias homosexuales reprimidas*. El paciente desea inconscientemente ser perseguido *sexualmente* por sus supuestos perseguidores; como tal deseo es inconciliable con su moral (Súper-Yo) la tendencia se realiza parcialmente: es acosado y seguido, mas no para ser poseído sexualmente sino para ser «ofendido», «maltratado» o, incluso, «asesinado». En refuerzo de su tesis, el psicoanálisis aduce, en primer lugar, el hecho de que por regla general los perseguidores son del propio sexo que el supuesto perseguido; en segundo, que son más frecuentes entre las personas que no tienen normal satisfacción sexual; en tercero, que la característica dominante del perseguido: la emoción *miedosa*, es siempre atribuida por el vulgo a una *falta de potencia viril*, transitoria o permanente; en cuarto, que los hombres perseguidos presentan con gran frecuencia rasgos feminoideos (somáticos y psíquicos) y las mujeres rasgos viriloideos o clitoridianos (frigidez, deseo de dominio, agresividad contenida, hermetismo, etc.); en quinto y más importante, que la exploración psicoanalítica permi-

te descubrir en esos pacientes la existencia de los impulsos homosexuales, no siendo raro incluso que los pacientes afirmen *espontáneamente* que son objeto de persecución y de burlas porque se duda de su honestidad sexual.

Apresurémonos a subrayar que si bien en algunas reacciones paranoides de persecución el homosexualismo latente parece evidente, en otros cuadros y sobre todo en los observados durante la guerra aparecen motivaciones mucho más complejas, ya que el miedo, como todas las emociones primarias, puede ponerse en marcha por múltiples causas y favorecer siempre, por catatimia, la génesis de la idea del peligro o «amenaza del yo». Sin embargo, la *paiugcjjia* antes señalada es aceptada por los psiquiatras*; norteamericanos y anglosajones como la más corriente y extendida.

Síndromes parafrénicos. Los enfermos de este síndrome sufren, como es sabido, de un delirio alucinatorio predominantemente verbal o verbomotor, en virtud del cual unas «voces» les hablan constantemente y les cohiben y manejan sus propósitos y pensamientos, guiándoles como si ellos fuesen muñecos. Cuanto intentan hacer es inmediatamente intervenido por esa fuerza «externa» a su Yo y enemiga de él. Freud ve en este síndrome la mejor demostración de la realidad del Súper-Yo que en este caso se desintegra totalmente del resto de la individualidad y es proyectado por el sujeto fuera de sí, adquiriendo el aspecto de un censor externo a él. Los reproches que el melancólico se dirige a sí mismo en su delirio de autoacusación, son en realidad originados por la misma fuerza que ahora parece dirigírselos desde fuera, impersonificada y fundida con el ambiente. «Todo el Mundo» sabe -en efecto- lo que el pobre parafrénico piensa y quiere; su pensamiento y sus sentimientos son *intervenidos* y a veces incluso *impuestos* (los franceses designan este cuadro con el nombre de «síndrome de influencia o de acción exterior») mas no es raro que en el curso del psicoanálisis el enfermo confiese que algunas de esas voces le recuerdan la de su Padre, ni tampoco lo es que una vez desecho el complejo de castración o liberado de su «conciencia de culpa» por anteriores deseos incestuosos se atenúa o desaparezca el cuadro delirante.

En todo caso resulta evidente que a pesar de la apariencia orgánica del síndrome parafrénico hay casos que remiten y desaparecen completamente bajo el influjo de la terapia psicoanalítica. Otros, en cambio, permanecen inalterables o empeoran, lo que

prueba la *poligenia* del síndrome y la necesidad de adoptar en Psiquiatría, siempre, una actitud pluralista e integradora de los datos del diagnóstico pluridimensional.

Cuadros esquizofrénicos. La más frecuente de las psicosis ha sido también la más psicoanalizada pero con menos fortuna, pues precisa confesar que en los casos típicos toda tentativa de comprensión o de actuación psicogénica tiene pocas probabilidades de éxito. El creador del concepto, Bleuler, primitivamente entusiasmado con la escuela freudiana, hubo de reconocer en años ulteriores que existía un núcleo de «Unverständliche Zusammenhänge» (Relaciones de coincidencia incomprensibles, es decir, conexos apsíquicos) en el pensamiento y en la acción de los esquizofrénicos. Para Freud este síndrome es el resultado de la *regresión total* de la libido a la fase embrionaria; el *autismo* supone el total aislamiento del Mundo circundante y el retorno simbólico al claustro materno (tipificado en la actitud adoptada por muchos catatónicos de cubrirse totalmente con las sábanas y permanecer meses enteros con la barbilla tocando sus rodillas, en posición de «gatillo», fetal).

La ruptura de la síntesis psíquica, la fragmentación de la unidad individual, característica de la esquizofrenia, se produciría siguiendo un orden inverso al de su obtención; los llamados «síntomas productivos» (delirios, etc.) corresponderían a las fases iniciales de la regresión, en las que el sujeto atraviesa los planos del pensamiento prelógico (también llamado paralógico, alilógico o pelásgico) de la concepción mágicoanimista del Mundo y de la satisfacción autoerótica. (El predominio del pensamiento mágicoarcaico en los esquizofrénicos es evidente, mas de ello no ha de deducirse que la esencia de este síndrome se halle constituida por un proceso regresivo, ya que con arreglo a la teoría de la disolución de niveles de Hughlings Jackson, la aparición de «modos de reacción inferior» revela solamente la temporal inhibición de los centros corticales superiores y ésta se da no sólo en la esquizofrenia procesal sino en todos los insultos orgánicos del funcionalismo encefálico. De aquí que el delirio infeccioso, el delirio paralítico, etc., tengan también una estructura alilógica) Freud señala que en los esquizofrénicos hay una fijación maternal (si se trata de varones) o paternal (si se trata de hembras) que se hace visible de un modo claro, sin necesidad de recurrir a técnicas psicoanalíticas, cuando se efectúa una buena anamnesis. Casi siempre se trata, en los casos típicos, de hijos únicos o de benjamines que por exceso

de mimos y cuidados no han desarrollado una personalidad social y desde su más tierna infancia han vivido refugiados en el regazo parental, aislados en las cuatro paredes del hogar, insuficientes, inseguros y tímidos en su contacto con las personas desconocidas. Una abundante vida interior, una propensión a la satisfacción imaginaria de sus deseos y ensueños, les disminuye el denominado «juicio de realidad» y predispone para romper más fácilmente el puente que separa los mundos de la percepción (real) y la representación (imaginaria) retrogradando así el camino evolutivo, tan penosamente recorrido por ellos.

Señalemos que la concepción actual admite que el síndrome esquizofrénico es un «modo de reacción existencial» que puede desencadenarse, al igual que todos los demás, por múltiples causas y factores y no es por lo tanto susceptible de interpretación unívoca. No obstante, los éxitos obtenidos en este síndrome con la terapia chocante (insulina, cardiazol, metrazol, etc.), parecen depender en gran manera del vencimiento del autismo. Los enfermos curados afirman a menudo que les parece «como si despertasen de un sueño» y la desaparición de los llamados síntomas primarios (procesales) que en algunos casos se observa vuelve a poner sobre el tapete la posible naturaleza reversible del síndrome (hecho, de otra parte, confirmado por la ausencia de una anatomía patológica en el mismo).

Técnica y fases generales de la terapia psicoanalítica freudiana

Sabido es que las «armas» con que cuenta este sistema psicoterápico son: para la exploración y comprensión del caso, el interrogatorio «a presión», la prueba de las «asociaciones libres», la «interpretación de los sueños», y el «análisis de los actos fallidos y sintomáticos»; para la dominación y sublimación de los impulsos causantes del síndrome, la «creación, manejo y liquidación de la transferencia afectiva».

No podemos, sin riesgo a superar la extensión proporcional que corresponde a este capítulo, exponer con detalle tales medios de ataque explorador y de actuación correctora, mas sí debemos dar una idea de su integración y sucesión fásica en el curso de la denominada «cura psicoanalítica». (Véanse en el apéndice, como ejemplo, las normas para el empleo de las pruebas de asociaciones determinadas y de asociaciones libres).

Será preciso advertir, empero, que la inmensa mayoría de los psicoterapeutas actuales emplean lo que se llama «análisis breve» («short analysis») siguiendo la orientación propuesta por Stekel. Este fue, en efecto, quien primero se dio cuenta de que era innecesario proseguir meses y meses la tarea de «limpiar» el fondo inconsciente de sus pacientes, ya que bastaban pocas semanas de investigación para conocer con suficiente precisión la arquitectura general de su personalidad, es decir, la disposición de sus primordiales actitudes y tendencias, de sus anhelos, conflictos y disgustos. El vencimiento de las resistencias y la utilización del prestigio personal del psicoterapeuta podían obtenerse así en mucho menos tiempo del admitido como necesario por los freudianos ortodoxos. Es así como Schilder, Heyer, Forel, Lewis, Prinzhorn, Meyer, Birnbaum y muchos otros psicoterapeutas concilian los dos términos aparentemente antitéticos de «rapidez» y «eficiencia» en el empleo de esta modalidad terapéutica.

La *primera fase* de este análisis comprimido consiste en escuchar de labios del paciente el relato -lo más minucioso posible- de sus quejas y molestias, dejándole extenderse (e incluso estimulándole discretamente a hacerlo) cuanto desee en su interpretación personal de lo que le ocurre. Se trata con ello de proporcionarle una ocasión para que se «desahogue» y, a la vez, nos ofrezca un material de observación de su fachada sintomática «subjéctiva» más aparente.

A continuación se le indicará la conveniencia de que amplíe su relato hasta convertirlo en una exposición completa de la «historia de su vida interior», es decir, de sus emociones, afectos, temores, penas, disgustos, éxitos y fracasos, «tal como él los ha vivido». Esta autopsicografía, principalmente centrada alrededor de la vida emocional del paciente, ha de servir, en primer lugar, para compararla con el ulterior resultado del análisis y, en segundo término, para iniciar éste mediante el doble artilugio del interrogatorio a presión y el interrogatorio mudo, indirecto y libre -que no otra cosa representa el uso de las pruebas asociativas-. Durante esta fase el psicoanalista ha de hablar poco y escuchar, con interés, mucho; ha de mostrarse atento y prudente, rehuyendo toda contestación referente al juicio que «el caso» pueda merecerle.

La *segunda fase*, la más difícil y costosa, constituye en realidad un combate psicológico, en el que el psicoterapeuta y el paciente utilizan todas las argucias imaginables para adquirir cada cual el

dominio intelectual y personal en su relación binaria. Se trata de vencerlas «resistencias» («conscientes e inconscientes») que el paciente opone a dejarse penetrar en la esfera de su más recóndita intimidad individual; se trata, simultáneamente, de favorecer la creación de la «transferencia» y la obtención de una «catexis» suficiente. Las resistencias conscientes pueden obedecer a timidez, altanería, testarudez, etc. (resistencias de «carácter» de W. Reich); las inconscientes pueden, a la vez, derivar del Ello o del Súper-Yo, Contra todas ellas -manifestadas de mil maneras- el psicoanalista freudiano ha de adoptar una actitud de «catalista desinteresado», es decir, de observador atento y circunspecto que se limita a señalar al naciente los escollos que dificultan el camino a recorrer para la liberación del material reprimido y, en contadas ocasiones, le da la mano para salvarlos o le indica el rodeo más conveniente para eludirlos. Tendido el sujeto o recostado en un cómodo sillón, uno y otro día, una y otra hora, a solas con el psicoanalista, habla y habla («Talking cure») dejando unas veces vagar su pensamiento, concentrándolo otras en el recuerdo de algún punto concreto, relatando sueños o comentando incidentes y situaciones personales, cada vez de tipo más íntimo. Así, paulatinamente se origina en él la identificación subconsciente del psicoanalista con su progenitor y por tanto se establece la transferencia afectiva -base de la cura- en virtud de la cual el psicoanalista se convierte temporalmente en el *objeto libidinoso* del psicoanalizado y este adopta frente a él las mismas actitudes inconscientes que en su infancia tuvo para con su padre o madre. Según los casos estas actitudes serán predominantemente de odio o de amor, o existirá (esto es lo más común) una *ambivalencia* de las mismas. Si predominan los sentimientos de amor y atracción se habla de «transferí positivo» y de una catexis satisfactoria; si predominan los de hostilidad y odio se habla de «transferí negativo» y de contracatexis.

Entonces se pasa a la *tercera fase*, de análisis de la transferencia. En ella el psicoanalista ha de explicar sinceramente al paciente el por qué éste lo diviniza o lo ridiculiza, según los casos y momentos, ha de ponerle en guardia contra los peligros de tal proceso y ha de indicarle el modo de sublimar esa transferencia, convirtiendo cuanto tenga de amor en amistad y cuanto tenga de odio en respeto y emulación. Al propio tiempo en esta fase acostumbra a alcanzarse la euforia de los complejos causantes del sufri-

miento existencial del sujeto y, en posesión de los datos correspondientes, llega el psicoanalista a la cuarta y más delicada etapa de su actuación, o sea:

La *cuarta fase*, de «revelación» y «conmoción psicoanalítica». En ella se presenta al paciente el resultado de la exploración efectuada hasta el momento. El sujeto «se ve tal como es en realidad», se le da «su retrato interno» y se enfrenta, sin autoengaños ni gazar-moñerías, con su verdadero Ser individual. Al iluminarse de todo el panorama de su mismidad recibe el paciente una profunda «conmoción» que le ocasiona un cambio de enfoque de su postura ante el Mundo, haciéndose a la vez más comprensivo y tolerante, más sereno y menos esclavo de sus pasiones. Sólo falta ahora pasar a la última o

Quinta fase, de «liquidación de la transferencia y sublimación de las tendencias reprimidas». El psicoanalista ha conseguido ahora reajustar la libido del paciente, dirigirla al Mundo exterior, dominar la violencia de sus instintos tánicos y hacerlo apto para la fecundación sexual e intelectual. Descargando el potencial de las tendencias reprimidas sobre vías compatibles con la moral social (ejercicios deportivos, actividades artísticas, trabajos, distracciones y goces diversos, etc.) se deja paulatinamente al sujeto para que siga su ruta en la vida sin necesidad del ortopédico apoyo del psicoanalista. Índice de que la cura se ha terminado es -según Reich- la obtención de un pleno orgasmo en el acto sexual.

BIBLIOGRAFÍA

- SÍGMUND FREÜD: *Obras Completas*. Trad. de López Ballesteros, Bibl. Nueva. 1940. Psychoanal. Quart.
- HEALEY, BROWERS AND BOWERS: *The Structure and Meaning of Psychoanalysis* Knopf. New York. 1930.
- P. SCHILDER: *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry*. Nerv. a. Men. Dis. Pub. Co. Monogr. N° 50. New York. 1928.
- F. ALEXANDER: *The Medical Value of Psychoanalysis*. Norton. New York. 1932.
- E. MIRA: *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*. Monogr. Med. Barcelona. 2ª ed. 1935."
- B. SZEKELY: *El Psicoanálisis*. Ed. Colegio Libre Est. Su. Bs. Aires. 1940.
- A. GARMA: *Psicoanálisis de los Sueños*. Ed. El Ateneo. Bs. Aires. 1940.
- STEKEL: *Technique of Analytical Psychotherapy*. Norton. New York. 1940.

CAPITULO VIII

Objeciones al psicoanálisis freudiano. Movimientos disidentes: la denominada «Terapia individual» de Alfred Adler, Principios en que se basa: normas técnicas, indicaciones y límites de la misma.

Una concepción tan audazmente renovadora como la que acabamos de exponer en el capítulo precedente había, por fuerza, de provocar una reacción considerable en el campo de la Medicina. Y, efectivamente, a medida que fue conociéndose, los psiquiatras y los psicoterapeutas no pudieron permanecer neutrales ante ella, dividiéndose en dos bandos inicialmente irreductibles: los favorables a ella, que pronto se hicieron sus sectarios y los adversos, que degeneraron en detractores sistemáticos. Afortunadamente hoy ya ha sido superado ese dualismo y la mayoría de los psicoterapeutas ha llegado a una apreciación justa acerca de lo que cabe pedir y lo que se puede esperar de la cura psicoanalítica. Las principales objeciones formuladas hacen referencia, unas, a la «técnica», otras, a los «principios» y, otras, a la «situación» psicoanalítica propiamente dicha.

En cuanto a la *técnica*, al «interrogatorio a presión» se le inculpan los mismos defectos de los interrogatorios judiciales: puede provocar respuestas falsas y en ocasiones conduce al sujeto a ofrecer al psicoanalista el material que éste, de antemano, espera obtener aun cuando no corresponda a la realidad de los hechos. La prueba de las «asociaciones libres» ha sido violentamente impugnada, entre otros, por Bumke, el cual afirma que con ella se destruye todo el «sentido» de la construcción semántica y se convierte artificialmente al sujeto en un maníaco (con «flujo» de ideas) capaz de dar conexiones asociativas accidentales, sobre las que el psicoanalista se ve expuesto a tejer una verdadera «fantasía interpretativa», en tanto descuida el aporte de cuanto el sujeto piensa y siente «con sus cinco sentidos». Análoga crítica ha merecido la lis-

ta de las significaciones atribuidas por Freud a los denominados «símbolos oníricos», es decir, a las imágenes que aparecen en su contenido manifiesto.

En cuanto a los *principios*, he aquí algunas de las objeciones más fundamentales que han sido formuladas: el sistema *determinista* y *causal* que Freud adopta para explicar el funcionalismo del «aparato psíquico» es, en suma, una renovación del clásico dualismo cartesiano, postura que ya ha sido superada por la Antropobiología. En efecto, al pretender que todo hecho psíquico tiene un antecedente y un consecuente igualmente psíquicos (y por tanto, intencionales) el psicoanálisis adopta una postura casi clásica y escinde al individuo humano en dos partes, una de las cuales es abandonada al médico (el Soma) y otra es adscrita exclusivamente al psicoanalista (el «aparato» psíquico). No obstante, la práctica nos demuestra a cada instante que multitud de actos psíquicos pueden reconocer una causalidad y motivación extrapsíquicas (la fatiga, intoxicaciones y traumas cerebrales diversos pueden originar series fácticas, automáticas o semiautomáticas en las que no cabe ver «significado intencional» alguno: son las «Unverständliche Zusammenhänge» -relaciones incomprensibles- de Bleuler).

Respecto al denominado «Principio de la transferencia», en virtud del cual se explica el desplazamiento del potencial libidinoso y su fijación sobre múltiples contenidos ideológicos hasta entonces «neutros» e inoperantes, se pregunta, en primer lugar, cómo es posible que multitud de personas persistan durante años en actitudes y propósitos irrealizables, sin que las resistencias o los fracasos las lleven a adoptar ese «fácil» medio, que en cambio parece ser norma en la vida del neurótico; de otra parte, si la oposición con que topa la carga de la tendencia afectiva censurada o reprimida es superior a ella, parece natural que resulte destruida y si es inferior lógico es pensar que conduzca, aun cuando sea débilmente, a la realización de los actos que en potencia representa, todo ello sin tener que emigrar, desplazarse o disfrazarse.

La naturaleza «esencialmente dinámica» del inconsciente también ha sido discutida (Morton Prince, Dwelshauvers, Dumas, etc.) ya que si en nuestra vida consciente pasan «sin pena ni gloria» multitud de imágenes ante nosotros constituyendo un lastre inactivo (anuncios, gente, objetos de los escaparates, vehículos, ruidos, muebles, paisajes, etc.), no hay por qué pensar que este inmenso material, pronto convertido en puras «huellas mnémicas» ha de

hallarse en el inconsciente en un «perpetuum mobile». Más lógico resulta suponer que pasa a constituir un lógamo inerte, sólo animable por un gran esfuerzo voluntario o con la ayuda de una técnica especial (hipnosis, creación fantástica, etc.).

Así mismo supone una afirmación no rigurosamente demostrada y atribuible en parte a un exagerado antropomorfismo la de atribuir una existencia real y autónoma a esas «partes» de la individualidad denominadas «Ello», «Yo», «Súper-Yo», «Censura», «Libido», etc. Sin quererlo, Freud crea una Psicología de «escenario teatral», muy parecida a la antigua de las llamadas «Facultades»; en ella la síntesis individual no se logra nunca, o dicho de otro modo, el «sujeto no puedo jamás estar de acuerdo con sí mismo» ya que si llegase a estarlo totalmente desaparecería su vida psíquica propiamente dicha. A esta exageración conduce el querer ignorar de un modo sistemático las influencias meso-sociales (a excepción de las provenientes de los «objetos» sexuales).

Finalmente, el hecho de que todo cuanto en la Psicología clásica es adscrito a la «vida intelectual pura» aparezca en el psicoanálisis como debido a sucesivas y misteriosas sublimaciones del Eros libidinoso (aun admitiendo -como últimamente lo hizo el Maestro vicnés- una parte *asexual* del Yo) es también uno de los blancos que más reciben los dardos de los detractores de la teoría psicoanalítica.

Pero, a decir verdad, el valor de los principios no puede ser discutido especulativamente sino con los datos estadísticoexperimentales que deben servir para su control. Y desde este punto de vista, ¿qué resultados prácticos y qué posibilidades ofrece, para el médico, la obra freudiana?

Schilder -a quien no se le puede tildar de adversario a ella- considera, desde luego, que sus adeptos sistemáticos han exagerado excesivamente su eficiencia psicoterápica. No se olvide, en primer lugar, que dada la duración de un tratamiento psicoanalítico y su costo son una ínfima minoría los pacientes que pueden someterse al mismo. Si se tiene en cuenta que hay, aproximadamente, un 3 por ciento de habitantes cosmopolitanos con alteraciones tributarias de una acción psicoterápica y se recuerda que un psicoanalista ortodoxo no puede atender honradamente más allá de una decena de consultantes al día, resulta que se requeriría un verdadero ejército de freudianos para resolver la asistencia psicoterápica en cualquier población de cierta importancia. Pero -y esto es lo peor- las estadísticas de curaciones obtenidas por el Instituto Psi-

coanalítico de Berlín y las reunidas por Hyman y Kessel, demuestran que el porcentaje de curaciones y mejorías obtenidas con el psicoanálisis terapéutico es aproximadamente el mismo que se consigue en los grandes centros hospitalarios psiquiátricos con el uso de métodos psicoterápicos más rápidos y expeditivos.

Ello no destruye, como es natural, el valor fundamental de la obra freudiana: -sin ella puede afirmarse que no se podría hablar de una Psicoterapia científica- pero la reduce a sus debidas proporciones, en el terreno de la clínica.

LA TERAPIA INDIVIDUAL DE ALFREDO ADLER

Bajo el embate de algunas de las objeciones antes resumidas y acuciados por el deseo de brillar con luz propia en el campo de la moderna Psicoterapia, numerosos discípulos de Sigmund Freud fueron separándose de su concepción y pasaron a constituir otras escuelas, alguna de las cuales hasta renunció al calificativo genérico de «psicoanalítica», que le correspondía por su origen y hasta por su enfoque conceptual. Entre el núcleo de estos selectos disidentes hay que citar en primer término, respetando su cronología, al compatriota y correligionario de Freud, el Dr. A. Adler, creador de la por él denominada «Psicología Individual» (con escaso acierto nominativo, por cierto, ya que su característica es, precisamente, la de ser mucho más «social» que la de su Maestro). El propósito que animó a este psiquiatra fue el de proporcionar a los médicos y a los educadores un sistema de conocimientos psicológicos que les permitiese realizar con eficiencia la doble tarea de «Curar y Formar» (Heilen und Bilden) los seres humanos. Para ello creyó necesario simplificar grandemente y a la vez extender en superficie el campo de la vida psíquica. De otra parte, no teniendo motivos personales de animadversión contra la medicina clínica, procuró dar a sus concepciones un carácter más afín a ella, con lo que conquistó rápidamente el aprecio de muchos de sus cultores.

Principios de la psicoterapia individual

Del propio modo como Freud admite que la vida del Hombre representa el resultado de una perpetua lucha entre la fuerza pros-

pectiva, constructiva y creadora del Eros y la fuerza regresiva, destructiva y anuladora del Taños, su discípulo admite que toda la caracterología individual se constituye entre los polos de dos sentimientos opuestos: el que denomina «sentimiento de comunidad» (que impulsa al sujeto a unirse a los demás y a vincularse con las tareas e ideales del grupo social en que vive) y el «sentimiento de inferioridad individual» (que lo impulsa a rebelarse y a afirmar su personalidad y su dominio ante los demás, en virtud de un proceso de supercompensación). Freud considera, no obstante, a Eros como Prepotente en su lucha contra Taños (El Amor vence a la Muerte) a todo lo largo de la vida humana normal, en tanto que en los primeros años de la vida el sentimiento de invalidez y minusvalía llevaría al niño a una angustia mortal si no fuese porque lo salva, precisamente, su *impulso de agresión y de dominio* (Aggressionstrieb) completamente equiparable a la famosa «voluntad de poder» de Schopenhauer y de Nietzsche. Si se tiene en cuenta que este «instinto agresivo» es la base de la emoción colérica, se verá, ya, una considerable diferencia conceptual entre los puntos de vista de ambos psicólogos, toda vez que lo que para Freud es *negativo* (Impulsos agresivos, sádico-destructivos de los instintos de Muerte) resulta para Adler *positivamente útil*, a condición, claro es, que no transponga ciertos límites: en efecto, sin ese impulso al dominio y a la afirmación prepotente del Ser sobre los demás, el sujeto no llegaría nunca a tener personalidad propiamente dicha.

En la medida en que el niño se ve cohibido y anulado en sus naturales iniciativas por la obra inhibitoria de su educación social, pero -sobre todo- en la medida en que «se siente inferior» a los demás de su edad y de su ambiente surge en él, con mayor fuerza, el deseo de «Ser todo un Hombre» y si la comprobación de una debilidad o inferioridad orgánica o vital le lleva al convencimiento de que no puede serlo, intentará entonces, cuando menos, *parecerlo*, acudiendo para ello a la *ficción*. Una vez adoptada ésta como medio, le es difícil mantenerla en sus justos límites y casi siempre la exagera, en un impulso de autocompensación que podría formularse así: «ya que soy *menos* procuraré parecer *más* que los demás». De esta suerte toda la Psicología adleriana se apoya en el viejo proverbio de «Dime de qué blasonas y te diré de qué careces».

Así como Freud acepta una concepción tripartita del aparato psíquico (Ello-Yo-Súper-Yo) y admite tres niveles en él (Consciente-Pre-Consciente-Inconsciente) la psicología adleriana mantiene

la unidad substancial de la Psique humana y cree que los principales conflictos que la perturban y enferman o desvían no nacen en el seno de sí misma sino en su choque con el ambiente: tres problemas principales ha de resolver toda persona: el profesional, el social y el sexual, es decir: el de ganarse el sustento mediante un trabajo; establecer una relación conveniente entre Yo y Tú; asegurarse una satisfacción amorosa que lo trascienda y perpetúe. Frente a cada una de estas necesidades ha de tomar una postura o actitud: si ésta no es sincera y efectiva llevará a un «falso estilo de vida» y el sujeto se hará un delincuente, un pecador o un neurótico (en todo caso: será un mal adaptado o desadaptado para la vida en Comunidad social).

Descubrir los *propósitos* que cada cual persigue en la vida, mediante el análisis de sus «expresiones» y «arreglos o compromisos» es la primera tarea del psicólogo individual. Y en esto ya se ve otra diferencia esencial entre Freud y Adler: para aquel lo interesante es el *pasado*, en tanto para éste lo que le interesa es el *futuro* (imaginativo, o prospectivo) del individuo examinado. Aquel sigue un criterio *causal*: éste, en cambio, adopta una posición *finalista*. Freud quiere saber el *por qué*, mientras que Adler se interesa en el *para qué* del síndrome. En el fondo, para Freud la vida es una tragedia: cada cual arrastra el lastre de sus primitivas desviaciones sexuales como una fatalidad kármica; Adler, en cambio, más bien opina que la vida es una comedia, en la que unos no saben desempeñar su papel y otros lo exageran hasta el punto de tener que ser llamados al orden.

Las personas que en sus primeros años han sufrido manifestaciones braditróficas, artríticas (Comby), exudativas (PonfickCzerny), asténicas (Stiller), angineuróticas (Kreibsch), timolinfáticas (Paltauf), espasmódicas (Escherich) o vagotónicas (Eppinger-Hess) así como las que tienen algún, ligero o grave, defecto estético (morfológico) son, naturalmente, las más predispuestas a esa «aberración social» que es la neurosis, consistente en asegurarse por la ficción lo que no puede lograrse por la superación real de las dificultades vitales. En este aspecto coinciden, evidentemente, las concepciones de Adler y Freud, ya que éste admite también que la neurosis en síntesis responde a un fin utilitario: la «huida en la enfermedad» (Flucht in der Krankheit) es sinónima de «refugio en la ficción». Pero el *sentido* que Adler da a los diversos síntomas -sobre todo a los somáticos, que constituyen para él el llamado «dialecto

de los órganos»- es harto diverso del que adquieren en la concepción psicoanalítica ortodoxa. En efecto, si revisamos, por ejemplo el esquema con que interpreta la fenomenología de las neurosis femeninas en su clásica obra (El Carácter Nervioso) nos daremos cuenta que determinadas «constelaciones sintomáticas» coinciden con precisos rasgos caracterológicos para asegurar la «protesta femenina» (homóloga de la «protesta viril» del neurótico). Tal protesta coincide sólo parcialmente con la célebre «envíe du penis». Adler cree, en efecto, que lo que a la mujer la indigna no es el hecho de creerse «un niño castrado» sino el de verse situada en un plano de inferioridad social y carente de ciertos derechos y privilegios que le *<nr>* acordados al varón por el mero hecho *de* poseer un aparato genital más visible y provocativo. Contra esta ficticia superioridad del varón (*Mannesprivileg* adleriano) la mujer neurótica presenta su red de síntomas que no constituyen -como Freud decía- una realización distorsionada de deseos (libidinosos) reprimidos sino «recursos compensatorios, preservadores o defensivos para aminorar un sentimiento o complejo, exagerado, de inferioridad o minusvalía».

CUADRO ESQUEMÁTICO DE LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES DE LAS NEUROSIS FEMENINAS, DEL OBJETO QUE PERSIGUEN Y DE LOS RASGOS CARACTEROLÓGICOS QUE LOS ASEGURAN

SÍNTOMAS	OBJETO (de la protesta)	RASGOS DE CARÁCTER QUE LO ASEGURAN
Miedo a la gente. Ereulofobia. Palpitaciones. Miedo a las alturas.	Preservación de aspiraciones amorosas (noviazgo).	Desconfianza. Desvalorización de la hombría. Timidez? Moral virtuosa.
Hipersensibilidad abdominal (perineal, cecal). Frigidez. Hiperestesia ante los ruidos y ronquidos (maritales).	Preservación contra el marido.	Quisquillosidad. Testarudez. Caprichosidad. Obstinación. Irritabilidad específica contra el «modo de ser» de los hombres. Tendencia a la polémica.
Vaginismo. Opresión torácica.		Hipersensibilidad somática de tinte hipocondríaco.

Insoportabilidad de corsés y presiones corporales. Algias abdominales. Ahogo, palpitaciones. Malestares, vómitos. Astasia eventual. Obsesión de embarazo. Caprichosidad en las comidas.	Preservación contra el embarazo.	
Calambres abdominales. Estreñimiento.	Preservación contra el parto.	Reacciones caracterológicas complejas, dirigidas a compensar la inferioridad y el apocamiento.
Insoportabilidad del decúbito supino. Algias en las piernas. Tendencia a permanecer en cama. (En conjunto: ficción de tromboflebitis). Debilidad de piernas e inseguridad en la marcha con rápida fatiga.	Preservación contra el puerperio.	
Pedofobia (antipatía a las criaturas, falta de paciencia para soportarlas; a veces deseo de molestarlas). Insomnio. Exceso de escrupulosidad y llimpieza. Hiperacusia nocturna.	Preservación contra las obligaciones maternas.	Avaricia; tacañería. Envidia. Miedo de no terminar ni conseguir nada estable. Esfuerzos para conseguir una aparente igualdad con el hombre.

NORMAS Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Por lo que hemos indicado acerca de las diferencias de principio y orientación conceptual, podemos intuir que la técnica adleriana ha de ser harto distinta de la freudiana, tanto en la fase de exploración como en la de corrección de los casos. Utilizan los adlerianos, desde luego, bastantes de los recursos y artificios técnicos propios del psicoanálisis ortodoxo, pero con un distinto propósito: el estudio de las «expresiones anímicas» tales como: la mímica fací', gestos y actitudes corporales (voluntarios e involuntarios), tipo de marcha, inflexiones de la voz, rasgos caligráficos, etc., se hace con la intención de evidenciar a su través las diferen-

cias que separan las imágenes del Ser y el Parecer, es decir, del temperamento y del carácter psicoindividual. En este aspecto resulta original e interesante el estudio de las «posiciones que el sujeto toma de preferencia al dormirse». Adler puso de manifiesto, ya en 1923, que «la figura del durmiente» revela plásticamente su fundamental actitud de reacción: no es indiferente que un sujeto se haya habituado a dormir boca abajo o boca arriba, con los puños cerrados o abiertos, espatarrado o con las piernas encogidas, abrazado a su almohada, con los brazos en cruz, medio destapado o cubierto hasta la cabeza con la sábana; el análisis significativo de tales posturas es tan interesante, a veces, como el registro de los ceremoniales, más o menos prolijos, que una mayoría de personas cumple al irse a acostar. No hay duda, en efecto, que el sueño es la parodia de la Muerte y que cada noche, al buscar nuestro diario reposo, remedamos en parte los preparativos de nuestro último viaje: sin duda por el temor a él dejan de dormirse no pocos neuróticos y seres angustiados, temerosos de perderse a sí mismos en los pliegues de la Nada.

También interesa al psicólogo individual el análisis de los sueños, pero no en el modo y la medida en que preocupa al freudiano, pues no admite el simbolismo pansexual de sus imágenes y los interpreta más bien como expresión disfrazada de los «proyectos» individuales. En cuanto a las pruebas de las asociaciones, determinadas o libres, apenas si son tomadas en cuenta por él. El estudio del «ambiente», tanto familiar como escolar, profesional y social, ocupa, en cambio, un lugar central en la técnica exploradora adleriana. Puede decirse que para Adler los individuos son en realidad co-individuos, es decir, solamente existen en la medida en que se hallan determinados por las unidades súper-individuales de las que forman parte membrada.

Más que conflictos con sí mismos tienen conflictos en sus interrelaciones con la comunidad social, de suerte que si fuesen puros Homo Natura, sin el aditamento «et Socialis» no sufrirían de alteraciones tributarias de la intervención psicoterápica.

Con tal criterio, el técnico adleriano no profundiza grandemente ni se entretiene demasiado en explorar los íntimos recovecos de su caso sino que lo enfrenta totalmente en el plano consciente y de un modo más o menos abierto y crudo *le reprocha su falta de valor, de ánimo o coraje, para superar honesta y rectamente los obstáculos que encuentra en su ruta vital*. En síntesis el psicólogo adleriano

tiene por principal misión desenmascarar al sujeto ante su propia conciencia, es decir, evidenciarle que *no sólo está engañando a los demás sino a sí mismo* y que este autoengaño es la principal causa de su falta de satisfacción. No basta que el sujeto trate de convenirse de que «no vale nada», que es «distinto a los demás», que «nunca podrá llegar a ser normal», etc., para liberarse de su responsabilidad. Del propio modo como el decir «soy un ladrón» no es una justificación para robar, el afirmar «soy un infeliz» o «soy un neurótico» no es una justificación para holgar y fastidiar a los demás. Los problemas del sujeto han de *ser resueltos por él mismo* y el médico sólo ha de indicarle la ruta y evidenciarle su deber. No ha de querer merecer la «compasión» sino la «admiración» y ésta no ha de cosecharla por su «capacidad de sufrimiento» sino por su «capacidad de creación y de cumplimiento social».

Tales son los principales conceptos que, envueltos en un ropaje verbal más o menos suave y discreto, maneja el psicoterapeuta adleriano para elevar al sujeto a la altura de su misión en la vida. Al propio tiempo, claro es, le inyecta ánimo y le hace notar que no sería con él tan severo si no tuviese la seguridad de que «es capaz de reaccionar»: si se le marca una obligación y se le exige que luche es porque en el cumplimiento de aquella y en el triunfo de ésta se encuentran implícitos los factores de su ulterior paz y de su felicidad espiritual. El primer principio a seguir es el de no hacer reproches, ni a los demás ni a sí mismo, por hechos pasados. El segundo es pensar menos y hacer más. El tercero será: no contentarse con bastarse a sí mismo sino aspirar a servir y a ser útil a los demás, en la medida en que estos lo soliciten.

INDICACIONES Y LIMITACIONES DE LA TERAPIA ADLERIANA

El mayor éxito inmediato que en los círculos de Medicina no especializada obtuvo la psicoterapia de Adler respecto a la de Freud se debió sin duda al hecho de haberla apoyado su autor en la consideración de un factor somático: la inferioridad (anatómica o funcional) orgánica, como base del célebre «complejo de minusvalía o inferioridad personal». Este concepto, superficial pero brillante, satisfizo más al galeno de tipo «standard» que la compleja concepción psicoanalítica ortodoxa; el hecho de renunciar a la búsqueda de los móviles inconscientes, la crítica del pansexualis-

mo, la simplificación de la técnica y el acortamiento del tiempo del tratamiento fueron otros tantos alicientes que determinaron un auge inicial en esta disidente escuela.

Y, no obstante, lo cierto es que su problemática estaba todavía por resolver desde el punto de vista teórico: ¿por qué algunos sujetos, portadores de serias malformaciones e inferioridades orgánicas *no* sufren de sentimientos de inferioridad y otros los padecen sin tenerlas? ¿Cómo se explica la persistencia de ciertas manifestaciones neuróticas en seres que prácticamente tienen resueltos los tres problemas fundamentales que Adler señala (o sean: el profesional, el social y el sexual) ? ¿Qué factores determinan la supercompensación en unos casos y la desviación mítica, en otros, ante una misma situación anímica? Estas y muchas otras cuestiones quedaban sin respuesta satisfactoria, pese a lo cual era innegable que los adeptos de la concepción adleriana conseguían éxitos estimables; pero una consideración detenida de los mismos señaló que en su mayoría se daban en casos en los que coincidían dos características: a) existencia de un buen coeficiente de «autoestimación personal» (el vulgarmente denominado «amor propio»); b) existencia dominante de síntomas pseudosomáticos y de alteraciones del rendimiento social. En efecto, los enfermos que con mayor facilidad reaccionaban a las recriminaciones amistosas del «hermano mayor» -que ese es el papel asignado al médico en el sistema adleriano- eran los afectos de organoneurosis, en las que el «dialecto de los órganos» expresaba el sentido de su «protesta viril» y servía de medio para satisfacer su «voluntad de poder», o bien, aquellos otros en los que un comportamiento escolar, profesional, familiar o social defectuoso, con vicios o crisis y desviaciones de conducta (embriaguez, cleptomanía, perversiones sexuales, raptus de ira, mitomanía, etc.), evidenciaba, análogamente, su íntimo anhelo de «distinguirse» y adquirir personalidad, aun a costa de que ésta fuese considerada como rebelde, mala o enfermiza. La cuestión era, para estos casos, ser *tema de conversación*, suscitar interés y poder afirmar que «eran incomprensidos».

Mas cuando el adlerismo se enfrentaba, no ya con esporádicas reacciones psicopáticas de gente «traviesa» ni con síndromes neuróticos de estructura sencilla, sino con los casos graves de neurosis obsesiva o con las formas marginales de los desarrollos psicóticos: cuando la fenomenología principal era *intrapsíquica* y el sufrimiento existencia! había llevado al sujeto, por ejemplo, a

realizar tentativas de suicidio o a organizarse una vida interior tan rica que vivía de espaldas a la realidad ambiental, las invocaciones al cumplimiento del deber, las promesas de felicidad o las loas a su escondido coraje fallaban lamentablemente para obtener su reajuste.

De aquí que hoy aparezcan bien precisados los límites de esta escuela psicoterápica: hay que emplearla frente a los casos iniciales de perturbación infantil de la conducta (los denominados «niños problemas o niños difíciles») siguiendo para ello las normas dadas por Adler en su libro *Heiien una Bilden* (Sanar y Formar) imprescindible para el maestro. Se puede usar también para corregir y estimular al pequeño ejército de los «pobres de espíritu», que vive un tanto asustado e intimidado por la célebre «peur de l'action» y a veces se supercompensa esporádicamente, lanzándose -en la famosa «huida hacia delante»- a la realización de actos «Ersatz» (sustitutivos) para descargar el excesivamente comprimido resorte de su psicomotricidad. Finalmente, resulta útil para animar y modificar el autojuicio de muchos insatisfechos que han llegado a creerse víctimas de un defecto constitucional, de un rasgo heredado en virtud de una fatalidad de su Destino y consecuencia de ello, para «olvidarse de sí mismos» se enfrascan en un torbellino vital de lábiles e intrascendentes fines: son ese tipo de personas «que no tienen tiempo para nada» y a las que, como a la ardilla de la fábula podríamos preguntar: tantas idas y venidas, tantas vueltas y revueltas, quiero amiga que me diga: ¿son de alguna utilidad?

Mas, fuera de ese círculo, siempre que realmente se quiera proceder a una psicoterapia científica y causal, habrá que recurrir a los enfoques de las Escuelas que superan el excesivo esquematismo y la ingenua simplicidad de la concepción adleriana, aun cuando -como sucede con los sistemas de Kronfeld, Kunkel y Adolf Meyer- hayan tenido en él su origen.

BIBLIOGRAFÍA

- ALEXANDER: *Psychoanalysis Revised*. The Psychoanalytic Quarterly. NTí. 1940.
ALFRED ADLER: *IJberden Nervosen Charakter*. 5ª ed. Munchen u. Wiesbaden. 1927.
ALFRED ADLER: *Theorie und Praxis der Jndividualpsychologie*, M. u. Wiesbaden. 1920.

- APLER, FURTMULLER, WEXBERG: *Heilen und Bilden*. 4ª ed. Munchen. (Munich). 1923.
- ALLERS: *Über Psychoanalyse*. Berlín. 1922.
- ANERS: *Ein Versuch über psychoanalytische und individualpsychologische Charakterologie*. Jahrb. d. Charak. Tomo I.
- BIRNBAUM: Artículo In Memoriam de Adler en el n° 15 del International Ztschrift. f. Individualpsy. 1937.
- HEKDRICK, IVÉS: *Facts and Theories of Psychoanalysis*. Ed. Knopf. Nueva York. 1939.

CAPITULO IX

Principios, técnica, indicaciones y limitaciones de la Psicoterapia compleja de Jung. Estructura de la Psique. Los arquetipos. Fases de la individuación, etc.

Si a la Psicología Individual adleriana puede reprochársele que no es propiamente individual (puesto que en primer lugar es de todas las escuelas modernas la que más toma en cuenta la presión de la comunidad social sobre el sujeto y, en segundo término, construye la caracterología de éste con arreglo a unas normas excesivamente simplistas y rígidas) lo que no obsta para que resulte manejable y atractiva cuando nos enfrentamos con casos de escasa complicación psicológica, a la Psicología compleja de Jung -y al sistema psicoterápico que de ella se deriva- no podremos hacerle al reproche de no corresponder en su contenido a lo que en su título promete: es no sólo compleja sino confusa. Más también puede resultar útil, como veremos, si sabemos escoger y seleccionar debidamente los casos a los que debemos aplicarla.

En líneas generales vimos que las concepciones de Adler serían de un modo especial -aun cuando ésta no es la opinión de sus fieles seguidores- para el trato de las personalidades infantiles, inmaduras, que, carentes de autosuficiencia y autoseguridad, intentan producir impresión a cualquier precio. En cambio, la zona de acción de la Psicoterapia junguiana es la de las personas maduras, próximas a la crisis involutiva o sumergidas en ella, que, al revisar su vida y sus fines se dan cuenta de que han equivocado su camino y no aciertan a encontrar su ruta o creen que es demasiado tarde para seguirla. Tales personas requieren, mucho más que las jóvenes, una apertura de perspectivas que las consuele de su íntimo disgusto por «los tiempos perdidos que ya no volverán» y, de otra parte, las prepare a afrontar la idea, cada vez más clara, de su cer-

cana muerte. Cuando de un modo espontáneo no prende en ellas un sentimiento religioso lo suficientemente intenso como para lograr su trascendencia en él, fallan los sistemas psicoterápicos corrientes; el escepticismo y el pesimismo no propician en tales enfermos un fácil «rapport», ni tampoco es posible ofrecerles grandes arreglos ni satisfacciones a sus libidos, en plena regresión hormonal. Es entonces, precisamente, cuando esta especie de credo religiosocientífico, sin mayores pretensiones, puede alcanzar su máxima eficacia curativa: si el psicoanálisis freudiano gira alrededor del descubrimiento del complejo edipiano y de la liquidación de los sentimientos de culpa, la psicoterapia junguiana lleva al descubrimiento de la maternal Anima y a la realización, siquiera sea tardía, de la propia vocación (voz interior) que en ella halla sus raíces. Todo ello presupone la posesión de un complicado sistema de conceptos, algunos de los cuales tiene una raigambre empíricoexperiencial y otros, por desgracia los más, son meras abstracciones místico especulativas.

Vamos a intentar una síntesis de tal sistema, ayudándonos con algunos esquemas elaborados por una de las discípulas predilectas del Maestro zuriqués la Dra. Jacobi:

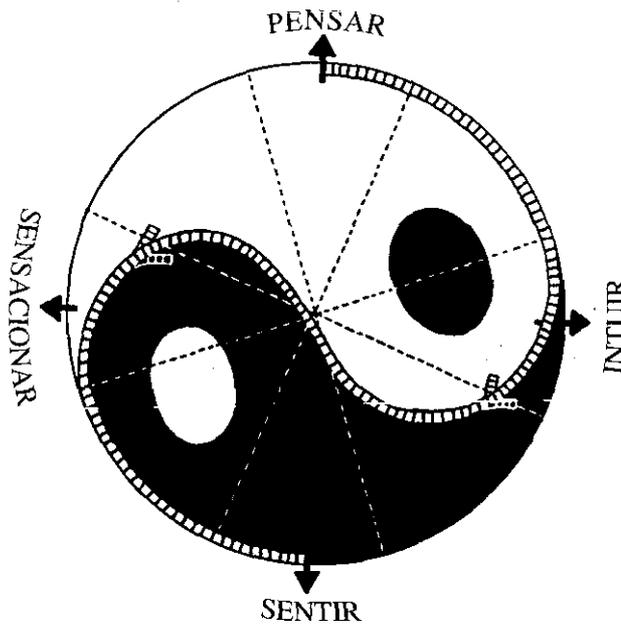
ESENCIA Y ESTRUCTURA DE LA PSIQUE

Para Jung, la Psique tiene tanta realidad como el Soma (cuerpo) y presenta una «estructura» no menos compleja que la de éste, aun cuando sus dimensiones son virtuales. La Psique (término con que Jung designa al «aparato psíquico» freudiano) se halla dividida en zonas o estratos de los cuales una mayor parte corresponden a procesos que carecen de la propiedad de reflejarse sobre sí y por tanto son inconscientes, en tanto otra parte poseen tal característica.

Cuatro son las zonas que han de distinguirse en la Psique: a) la zona del Yo (también llamada «yoica», en la que se genera y actúa la «conciencia del propio existir»); b) la zona del conocimiento general; c) la zona del inconsciente personal; d) la zona del inconsciente colectivo. Esta última se subdivide en dos: la de los procesos que pueden hacerse emerger en la conciencia (y son por tanto «cognoscibles») y la de los que siempre permanecerán ignorados, por carecer de tal posibilidad.

El inconsciente con tales tres estratos (personal, colectivo, cognoscible y colectivo incognoscible) es más antiguo que la conciencia, la cual procede de él y representa tan sólo una parte superficial e inconstante del funcionalismo psíquico. Ese inconsciente tiende a compensar las actitudes de la zona consciente para conservar, en lo posible, la síntesis individual, la cual, por lo demás, está determinada y mantenida por el adecuado ajuste de las «funciones fundamentales» de la Psique, que son cuatro: *Pensar*, *Intuir*, *Sentir* y *Sensacionar* (Denken, Intuieren, Fühlen, Empfinden). Con el nombre de «función psíquica» designa Jung a «una actividad psíquica completamente independiente de sus contenidos circunstanciales y persistente en su naturaleza a través del tiempo». Las dos más conocidas de estas funciones {pensar y sentir} son denominadas racionales; el *pensar* sirve para la distinción de lo *verdadero* y lo *falso*, mientras que el *sentir* permite la valoración de lo *agradable* (placer) y *desagradable* (desplacer). Ambas funciones se excluyen como actitud y se compensan en la individualidad (mediante la oposición: consciente-inconsciente; es decir, cuanto más aparece una en el plano consciente, más se reprime y «hipertensiona» la otra en el inconsciente).

Las otras dos (Intuir y Sensacionar) son consideradas como *irracionales*: la sensación «objetiviza» y sirve a la llamada «fonction du réel» por los franceses. La intuición nos aprehende o prende también esa realidad inmediata -no reaccional sino vital- pero sin la ayuda del aparato sensorial corriente, es decir, en virtud de una peculiar «percepción interna» (o criptestésica). Mientras el poseedor de un tipo «sensorial» (o «sensacionista») nota todos los detalles de un contenido real, el poseedor de un tipo «intuitivo» los desatiende pero vivencia, de golpe (*d'emblée*) su *intimo sentido* o esencia y sus proyecciones en el devenir temporoespacial. También, este par funcional se excluye y a la vez compensa recíprocamente en la dinámica psicoindividual. Para representar esquemáticamente la imbricación de esas cuatro funciones, sus posibles interferencias y combinaciones, Jung las integra en el llamado signo «Taigitu» de los chinos, en la siguiente forma:



Generalmente predomina en cada sujeto una de ellas (Función superior) y la opuesta (inferior) permanece más o menos latente en el inconsciente. En el esquema transcrito, la zona blanca indica el territorio plenamente consciente y la rayada señala el campo inconsciente; de acuerdo con la representación gráfica, la función superior es, en este caso, el pensar, hallándose reprimido el sentir. Intuir y sensacionar son –para ese supuesto sujeto– funciones auxiliares (la primera aparece aquí latente en tanto la segunda es manifiesta). Son pocos los individuos que pertenecen a un tipo puro (caracterizado por el predominio absoluto de una de esas funciones sobre el resto) siendo lo común el hallar tipos mixtos (pensadores empíricos, pensadores especulativos, afectivo-intuitivos, afectivo-sensuales, etc.).

Al complejo funcional que se forma en el seno de la individualidad como resultado de un compromiso entre ésta y la Sociedad le llama Jung «Persona» (dando a esta palabra su primitiva acepción de «máscara»). El «Yo» parece así intercalado entre ella y el inconsciente, oscilando entre los dos mundos (subjetivo y objetivo) entre los que consume su vivenciar. En este aspecto Jung coin-

cide parcialmente con Stern, de cuyas concepciones difiere, no obstante en aspectos más básicos, según veremos más adelante.

Otra semejanza entre ambos psicólogos nos la da el hecho de que admiten, en relativa oposición a Freud, una causalidad psíquica *cerrada*, de suerte que la energía psíquica individual aparece en sus concepciones como una cantidad constante, susceptible, empero, de transformarse y desplazarse en el espacio (intro y extraversion) y en el tiempo (progresión y regresión) creando así un sistema de coordenadas personales enteramente superponible -pero distinto- a las coordenadas físicas.

Jung vuelve a su originalidad cuando admite, además, que el proceso de individuación es una *síntesis de contrarios*, y que en su dinámica interviene (análogamente a lo que ocurre en la Física) la ley de la *entropía*, pero a diferencia del mundo inanimado, en el del alma (que es una Realidad independiente o «cosa en sí» para Jung) existe la posibilidad de una transformación *reversible* (Consciente = Inconsciente) gracias al pivote de las denominadas «funciones auxiliares». En el curso de la vida individual -y en esto coincide ahora la Psicología Compleja con las ideas de Kretschmer- se observa (generalmente entre los 40 y los 50 años, es decir, en los alrededores de la crisis involutiva) *la inversión de la fórmula del equilibrio psicoindividual*, en virtud de la que el introvertido se extravía y viceversa, a la vez que la función reprimida pasa a ser rectora.

Los «complejos» -cuyo estudio designa o califica a esta Psicología- son «partes desprendidas de la personalidad psíquica», grupos de contenidos psíquicos que se han independizado de la acción yoica y funcionan autónoma e intencionalmente, con un núcleo sumergido en el inconsciente y una parte secundaria, emergente en la conciencia. Cuando desciende el nivel de ésta es posible que se desvele también la parte oculta, mas entonces el sujeto experimenta su aparición como algo totalmente ajeno a él, como un cuerpo extraño, perturbador de su libertad y de sus propósitos voluntarios. Jung sostiene que no todos los complejos son patológicos ni tampoco derivan de una represión inicial (como opina Freud) sino que en ocasiones son formaciones primariamente inconscientes (quizás, incluso, pre-individuales, es decir, provenientes del inconsciente heredado o colectivo-ancestral) que no han llegado a escalar totalmente el pináculo de la zona claramente consciente.

La vía regia para la exploración del inconsciente es el *Sueño*, pero también lo es el análisis de las *Visiones, ensueños y fantasías*. Jung admite la existencia de especiales vivencias, llamadas de «revelación», en las que súbitamente y casi con fuerza alucinatoria aparece ante el sujeto una imagen o una idea, totalmente desconectada con la corriente habitual de su pensamiento y presentada en él a modo de un aerolito (que hubiese seguido una ruta inversa); tales contenidos psíquicos son casi siempre expresiones o *símbolos representativos de los arquetipos*, los cuales, a su vez, nos introducen en el dominio de la denominada *Psique-objetiva* (en oposición a la Psique subjetiva o Yoica). Dichos símbolos son multívoros (condensan múltiples significados) y tienen, con frecuencia, un carácter profético (! !).

LOS ARQUETIPOS JUNGUINOS

Mucho ha escrito Jung acerca de tales arquetipos (quizás demasiado, pues con frecuencia incurre en contradicciones acerca de ellos); lo cierto es que su delimitación conceptual constituye uno de los puntos más oscuros de esta doctrina. En su reciente obra (*La Integración de la Personalidad: The integration of the Personality*. Farrar-Rinehart. N. York. 1940) dedica un extenso capítulo, de 43 páginas, a su descripción sin que, en nuestro modesto juicio, consiga aportar claridad en ella. Afirma en dicho trabajo que sus arquetipos constituyen una paráfrasis del eidos (Idea) platónico y son «les éternels incréés», determinados formalmente y no en contenido material. El arquetipo es tan inmanente como el sistema axial que potencialmente determina la formación de un cristal, sin tener una existencia concreta. Constituye una «presencia eterna, que puede o no ser percibida por el conocimiento», y presentarse ante él bajo diversas formas concretas. Lew Bruhl designa algo parecido con sus «répresentations collectives», que hacen referencia a sucesos y vivencias típicas, primitivas, que más tarde serán base de fábulas y mitos tradicionales. Jung los llamó primero «imágenes arcaicas» pero prefirió luego tomar el término de arquetipo (de San Agustín) por no prejuzgar la naturaleza de su representación concreta. La suma de los arquetipos constituye la suma de todas las posibilidades latentes de la Psique humana.

Imperativa obligación de cada cual es enfrentarse a sí mismo y mirar en sí, interrogando sus propios misterios y sorprendiendo la inconmensurable riqueza de su mundo interior, tan grande que incluso puede perderse en él. Para que esto no ocurra, es decir, para evitar que alguien «se extravíe en su propia mismidad» la Psicología Compleja trabaja sin descanso y nos ofrece un segundo hilo de Ariadna: la interpretación de las formas representativas de los arquetipos individuales, a través del estudio paciente de la Prehistoria, de la Mitología, del Folk-lore, de las Religiones, de la Alquimia y de las concepciones de las antiguas filosofías y cosmogonías...

Enfrascada en esta tarea, la Psicología Compleja propende a conseguir que cada cual «se construya o se reconstruya su individualidad» creando, mediante la ampliación de su Yo en ciertas zonas de su inconsciente, un núcleo energético de superior potencia que sea capaz de superar la antinomia existente entre la Conciencia y el Inconsciente, integrando las diversas fuerzas instintivas que se hallan concentradas en los tantas veces citados arquetipos. A este Yo ampliado y superpotente, resultante del laborioso proceso de la búsqueda y el encuentro consigo mismo, lo denomina Jung: «S'elbst» y nosotros proponemos traducirlo por «Mismo» o «Mi»: este es, pues, el Yo inicial más una serie de tendencias y contenidos gnósticos que al englobarse a él desplazan el centro de la actividad psíquica, colocándolo en un punto equidistante del ámbito individual. Si el Yo se hallaba en el Centro de la Conciencia, el Mismo se encuentra en el centro del Individuo; su esfera o territorio de acción se denomina «Mismidad» (Selbstheit)). Ahora bien, para obtener ese Mismo o Mi hay que recorrer un largo camino, en el cual hallamos sucesivamente las instancias de los arquetipos fundamentales de la Humanidad.

El primero de ellos es la *Sombra*. Jung la define como «el hermano oculto», como «la invisible cola de saurio que todo hombre lleva tras de sí» o como «la parte inferior y menos recomendable» del sujeto. Con ello viene a querer expresar que la sombra corresponde al conjunto de nuestras reacciones primarias procedentes

1. A la tarea de autoformarse la individualidad la denomina Jung «proceso de individuación», en tanto que al esfuerzo para conseguirla entre las demás que integran el campo social la designa como «labor de individualización».

de la época salvaje de la humanidad; su significado es demoníaco y siniestro: es el Mefisto de Faust.

El segundo arquetipo, ya más profundo y normalmente separado del Yo, es denominado por Jung «*Anima*» en el sexo masculino y «*Animas*» en el femenino. Acerca de él y de sus formas expresivas es mucho más explícito que respecto al anterior que resulta verdaderamente desdibujado en sus descripciones. El «*Anima*» corresponde a la imagen de la Madre primitiva o ancestral y simboliza cuanto de femenino tiene el individuo. No debe identificarse con el «alma» si bien parece formar parte de ella. Constituye «una fuente de vida tras la conciencia, que no puede ser integrada a ésta y sin embargo la condiciona» (The Integ. of Pcrs. pág. 76): este carácter vital o *energético* -«fons et origo» de la creación psíquica que se atribuye a dicho arquetipo explica la multiformidad y complejidad de las imágenes que utiliza para desvelarse ante el sujeto Venus o una Bruja, frágil doncella enérgica amazona, Ángel o Demonio, Madre o Prostituta... en cualquiera de estas contradictorias formas es capaz de aparecer en las visiones y sueños. En la literatura es Kundry (Parsifal) o Andrómeda (Perseus) Beatriz (Divina Comedia) o «Ella» (R. Haggard) Antinea (Atlántida) o Helena de Troya (Erskine)... como la Madre, inspira nuestro primer soplo y recoge nuestro último aliento; como la Vida es, a la vez, absurda (irracional) y significativa (lógica). Nótese además que Jung se complace en destacar a cada paso este carácter ambivalente y antinómico de todos los productos y hechos psíquicos; en este arquetipo encuentra una de las mejores ocasiones para desarrollar tal gusto y criterio.

En la tercera fase de este viaje a las profundidades del inconsciente colectivo aparece el arquetipo del *saber primitivo*, es decir del «*viejo mago*», que en el sexo masculino puede presentarse bajo la forma de Profeta, Encantador, Caudillo, etc., y en el sexo femenino lo hace, como «*Magna Mater*» bajo la apariencia de Diosa de la fecundidad, Pitonisa, Sybila, Sacerdotisa, etc. En Nietzsche este sector de su individualidad se personifica en la imagen de Zarathustra. Estas imágenes son designadas por Jung con el común calificativo de «*Personalidades Maná*» y su descubrimiento pone al sujeto frente a un núcleo de fuerzas que le inyecta confianza en su saber y le permite independizarse de la influencia que sobre él ejercían las imágenes de sus progenitores. En suma este «viejo hombre sabio», especie de Jehová, Júpiter, Wotan, Gran Espíritu o

Mago, es una figura híbrida que posee todos los secretos y arcanos del Mundo: en la medida en que el sujeto se deja llevar por ella se siente seguro y omnipotente. En algunos delirios de grandeza y estados oniroides de la esquizofrenia la vemos en acción, dirigiendo todo el pensamiento del sujeto que adquiere categoría de Homo Divinans.

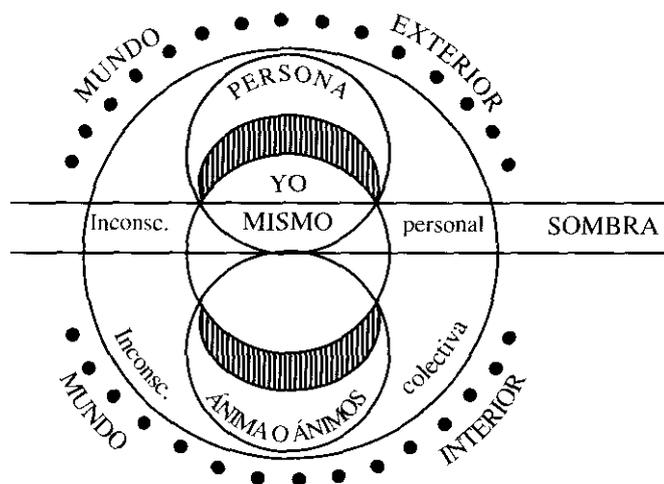
Dejando aparte las representaciones *personales* de los tres arquetipos hasta ahora mencionados, existen multitud de imágenes *impersonales* de los mismos pero éstas no los representan en su estado de pureza sino en el proceso de *transformación* que se operará en el seno de la individualidad para la creación de su nuevo centro rector: el Mismo. En la medida en que éste se precisa y condensa aparece entonces una nueva categoría de símbolos arquetípicos que denotan su existencia y muestran, como característica común, una forma circular (la correspondiente -según Jung- al llamado «círculo mágico» empleado en el Lamaísmo y en el Yoga Tantrico como «yantra»). Estos símbolos -reveladores del proceso formador de la mismidad-, es decir, símbolos *mísmicos* (!) son designados por la Psicología Compleja con el calificativo de «Mándalas».

El propio Jung escribe acerca de ellos las siguientes descorazonantes líneas (The Integr. of Person, pág. 178): «Lo que podemos decir hoy acerca del simbolismo mandálico es lo siguiente: que representa un hecho psíquico autónomo, conocido por manifestaciones que se repiten continuamente, se encuentran por doquier y son siempre idénticas. Parece una especie de núcleo atómico acerca de cuya íntima estructura y último significado no sabemos nada. Podemos, pues, considerarlo como la imagen especular real -es decir, efectiva- de una actitud de conciencia que no puede formular ni su objeto ni su propósito y *cuya actividad por tal renunciamento se halla completamente proyectada en el centro virtual del mándala. Esto sólo puede suceder por compulsión y la compulsión siempre llega a una situación en la que el individuo no conoce cómo ayudarse de otra manera*». Evidentemente este párrafo no aclara el concepto que tratamos de alcanzar.

Pero otras, mayores, dificultades, vienen a sumarse a las ya encontradas por quien desee seguir hasta el fin la peregrinación que impone Jung para llegar a ser un individuo «redondo» y completo, es decir, poseedor de un gran Mismo y capaz de integrar todo cuanto lleva en sí. Tales dificultades nacen de la emergencia, cada vez más numerosa, de otros arquetipos aun más oscuros que los

ya señalados. En efecto, junto a los símbolos mandálicos se nos presentan, también, las «*tetradas*» que, según parece, también simbolizan la Mismidad dándole forma tetrasómica o cuadrícorpórea –correspondiente a las cuatro funciones fundamentales antes descritas–. De aquí –dice Jung– el prestigio universal de la Cruz, de los puntos cardinales, del carbono (cuadrivalente) ...

Siendo nuestro propósito el de presentar solamente los puntos esenciales de cada doctrina creemos que con lo ya expuesto bastará para hacerse cargo del carácter distintivo de la actual obra junguiana. Como síntesis gráfica de la misma nos permitimos transcribir a continuación el esquema XVII con que Jacobi ilustra la posición que en los diversos planos de la individualidad adquieren sus principales elementos de acuerdo con esta doctrina:



ESQUEMA DE LOS SECTORES Y NÚCLEOS ENERGÉTICOS INTEGRANTES DEL INDIVIDUO HUMANO

TÉCNICA, INDICACIONES Y LIMITACIONES DE LA PSICOTERAPIA JUNGUIANA

Por lo expuesto acerca de las ideas que presiden la concepción actual de Jung acerca de la individualidad humana se concibe su afirmación de que su sistema curativo no es tanto de orden terapéutico (médico) como de orden mítico (religioso): no se trata tan-

to de «sanar» como de «salvar» al sujeto de su relativa miseria existencia!, haciéndole trascender de su miópico estado psíquico y descubrir el manantial inagotable de reservas que encierra, en potencia, su inconsciente ancestral o colectivo. Al incorporar a su núcleo yoico estas fuerzas propulsoras y crear así una robusta mismidad -que tenga en cuenta suficientemente la «vocación» (voz interior) individual- se obtiene una síntesis psíquica que permite al «individuo individuado» (es decir, al individuo que ha terminado su proceso de individuación) superar todos los conflictos, tanto internos como externos y gozar de una Paz y de una satisfacción hasta entonces desconocida para él.

La exploración de esas misteriosas zonas en las que reinan los arquetipos antes descritos se hace principalmente utilizando el material onírico que el paciente debe librar intacto al psicoterapeuta. Y, además, las denominadas «vivencias de revelación», constituidas por la brusca emergencia en la consciencia de imágenes, ensueños, fantasías o impulsos de expresión artística (plástica o literaria) que al ser debidamente analizados demuestran poseer un carácter simbólico y revelar, por tanto, las fuentes de las que emanan.

Con esto ya se implica que las personas que pueden ser sometidas a esta terapia han de poseer no escasa cultura y una rica vida interior; no pueden ser imaginativamente «secas» y han de estar propicias a sumergirse en cualquier momento en ese particular estado de divagación o «ensueño» que es la clave de la exploración psicoanalítica.

Es incomprensible, pero cierto, que Jung concede cada vez menos importancia a su prueba de las asociaciones determinadas en la exploración de sus enfermos; sin duda es ello debido a la nueva orientación de sus concepciones.

Si ahora nos preguntamos qué tipo de enfermos es más tributario de seguir ese «Heilweg» (*camino de curación*) que constituye la psicoterapia junguiana, nos daremos cuenta que son, sobre todo, los que, llegados a la edad madura, sufren al ver el fracaso de sus vidas: tratan de revivir sus existencias y se dan cuenta de que es «demasiado tarde» para ello; tratan de consolarse con la promesa de un venturoso «más allá» y les falla su fe religiosa; tratan de resignarse a seguir viviendo como hasta entonces y les falta energía para conformarse. Todo ello los lleva hacia el suicidio, hacia la neurosis o hacia la perversión, mas en todo caso los descentra pro-

gresivamente y los priva de paz y de satisfacción. En tales condiciones, el psicoterapeuta les sirve una doctrina que tiene el encanto de una bella creación artística, la fuerza sugestiva de una tesis religiosa y el poder de convicción persuasiva de una obra científica. ¿Qué importa que todo ello no sea verdad si el sujeto llega a aceptarlos como tal sin tenérselo que imponer como un acto de fe?

El psicoterapeuta impele entonces al enfermo al «desprecio» de sus síntomas; estos equivalen al precio de su expiación por su ignorancia de sí mismo. Ya no le dice, como hacían Freud o Adler, que son el precio que paga para la realización (deformada) de sus deseos inconfesables o el precio de su cobardía. En todo caso, son algo que ha de ser desatendido en la medida en que el enfermo se interesa por el verdadero problema que tiene enfrente y que es, nada menos, que el de su Destino y el de su propia formación y autodeterminación. Así como Freud lleva a muchos sujetos a un cierto pesimismo y escepticismo vital y Adler los enardece y estimula reprochándoles su falta de sinceridad y de coraje, Jung los reanima y alegra al asegurarles que «aun no habían llegado a ser todo lo que eran» y convencerles de que albergan «infinitas posibilidades creadoras».

Fácilmente se adivinan las limitaciones de este enfoque: dejando aparte la escasa cultura o el excesivo realismo de los pacientes, incluso prescindiendo de si son o no jóvenes y escépticos, resulta evidente que Jung no puede ayudar de un modo efectivo ni a los enfermos *de psicosis* propiamente dichas ni, tampoco, a los *de psiconeurosis* un tanto complicadas como son por ejemplo, las de tipo compulsivo, pues en éstas la misma estructura de los síntomas imposibilita el tipo de exploración necesaria para llegar a la interpretación preconcebida.

No teniendo entonces un modo efectivo de vencer la resistencia individual -pues ello equivale a presuponer en el sujeto una actitud demoníaca que es negada por su doctrina- el psicoterapeuta junguiano es incapaz en tales casos de «romper la fachada sintomática»: la privada religión del neurótico. A tales enfermos les importa un comino descubrir su Anima o conocer las expresiones de su Viejo Mago: desean a ser posible un inmediato alivio de su angustia o, cuando menos, una *prueba palpable y evidente* de que están en la vía para conseguirlo. Ni uno ni otra están a mano de este tipo de psicoterapia.

Y lo mismo podríamos decir del sin fin de casos de «órgano-neurosis» y de trastornos en los que se imbrican las causas somáticas y psíquicas produciendo un complicado cuadro morboso que es tributario de un ataque «pluridimensional», en todos los frentes contodas las armas. Dada la real independencia que Jung concede al territorio de la Psique (para la que admite una «causalidad cerrada», lo mismo que Freud, en sus primeros tiempos) se ve ad-ito, forzosamente, a renunciar al uso de medios y recursos que en cambio pueden integrarse cómodamente en un plan terapéutico menos rígido que el impuesto por su credo.

Ello explica la escasa difusión que ha logrado esta escuela: apenas si existen psicoterapeutas junguianos en los países latinos ni en América, e incluso el propio autor del sistema parece interesarse hoy mucho más en resolver problemas relacionados con la Astrología, la Alquimia, el Arte, la Religión y la Cosmología que con la práctica médica.

Sin embargo, en cuanto tiene de euforizante la esperanza de un cambio estructural a base de la incorporación de nuevos elementos, hasta entonces mantenidos en estado potencial, resulta indudable que algunos de los conceptos de esta doctrina pueden y deben incorporarse a la psicoterapia clínica: son más efectivos y hasta, si se quiere, más sugestivos para el sujeto que la «conciencia de culpa», el «complejo de castración» o el «instinto tánico» que no pueden manejarse a medias y requieren una larga actuación educadora en el enfermo por parte del psicoanalista.

BIBLIOGRAFÍA

- CARL G. JUNG: *The integration of the Personality*. Farrar. R. New York. 1939.
 C. JUNG: *El Yo y lo Inconsciente*. De. Miracle. Barcelona. 1936.
 C. JUNG: *Métamorphoses et symboles de la Libido*. (Trad. francesa de: Wandlungen und Symbole der Libido). Ed. Montaigne. París. 1931.
 C. JUNG: *La Realidad del Alma*. Ed. Losada. Buenos Aires. 1940.
 C. JUNG: *Modern Man in Search of a Soul*. Trad. Inglesa: K. Paul. Londres. 1933 (Ver los capítulos: Problems of Modern Psychotherapy y Psychotherapists or the Clergy. A dilemma).
 C. JUNG: *Psychology and Religion*. Yale Univ. Press. 1938.
 J. JACOBI: *Die Psychologie von C. G. Jung*. Ed. Rascher. Zurich. 1940.

CAPITULO X

Psicoterapia psicagógica. La denominada «educación terapéutica». Concepciones y normas generales deducibles del criterio inegral o pluralista de la «conducción» psicoterápica. de Prin/hnrn. Krmn.feld, Schultz, Birnbaum, Kunkel, Schilder, Binswanger y A. Meyer. Posibilidades de la Psicoterapia colectiva o «de grupo».

En los capítulos precedentes, al ocuparnos de los puntos de vista de A. Adler y C. Jung acerca de la actuación psicoterápica, hemos señalado que en ambos se percibe el deseo de proyectar más hacia el futuro la acción del médico sobre el enfermo. Mientras Freud postula que el psicoanalista ha de actuar como un «objetivo y desinteresado catalizador» que presenta ante el sujeto la imagen objetiva y real de su individualidad, haciéndole comprender el por qué estaba enfermo y poniendo en sus manos el dominio de sus complejos, Adler pedía que el psicólogo individual fuese más allá y trazase, en colaboración con el paciente un nuevo «plan de vida», correspondiente al nuevo «estilo» o postura que éste iba a adoptar frente al Mundo. Con ello, evidentemente, propendía a asegurar profilácticamente su camino y evitar nuevas reacciones psicopáticas. Lo mismo Jung, quien al señalar al sujeto las etapas necesarias para llegar a la total formación de su individualidad y posesión de sí mismo, propende a inyectarle nuevos ideales y rumbos. De otra parte, Pierre Janet ya había insistido, años ha, en la necesidad de realizar la que él llama «ortopedia moral» o reeducación moral de los neuróticos si se quería evitar su recidiva, recaída o desviación hacia el pecado o la delincuencia.

Pero ha sido la mejor comprensión del exacto significado de los síntomas y la precisa valoración de la llamada «fachada morbosa» lo que ha llevado a la Psicoterapia a hacerse no sólo más profunda en su interpretación sino más ambiciosa y dura-

dera en su influjo, hasta convertirse en obra de conducción y guía, casi permanente, del ejército de desadaptados, fracasados o rebeldes, candidatos a la psicopatía o a la psicosis, que antes solamente contactaba con el médico de un modo ocasional -como lo hace el tuberculoso crónico cuando presenta un brote hemoptoico. Es así como insensiblemente la Psicoterapia ha ido desviándose del campo de la Medicina para ingresar en el de la Pedagogía y convertirse en la denominada *Psicogogía o Educación Terapéutica*.

Mas tan pronto como dejemos de interesarnos por el «episodio morboso» y consideremos en su totalidad el existir psicopático, veremos que nos precisa acudir a una concepción *psicobiológica*, pluralista e integral pero preferentemente *caracterológica* del individuo enfermo, si queremos en realidad serle útil. Y en efecto, no hay psicoterapeuta moderno que a la vez no sea un profundo *caracterólogo*. Al tener idea de la estructura, el material y la dinámica peculiares del carácter, al conocer los errores y desviaciones existentes entre las actitudes de reacción que lo integran (las llamadas «posturas» vitales de Adler) al poseer, además, noción del ambiente que rodea y del que puede rodear al sujeto y, sobre todo, al saber cuáles son los requerimientos mínimos que de un modo abstracto y universal deben exigirse de cada ser humano en tales condiciones, el psicoterapeuta podrá emprender con éxito su obra psicopedagógica. Ello le habrá obligado previamente al dominio de la Sociología, de la Economía, de la Psicología, de la Ética y, incluso, de la Geopolítica; por esto su eficiencia (el denominado «Wirkungseffekt» de Schilder) variará mucho de unos a otros climas estatales, hasta el punto de que al tener que trasplantarse -como en estos años ha sucedido a no pocas de las figuras preminentes de la Psicoterapia- a un nuevo Continente pierda o disminuya su «virtud» terapéutica. No obstante, ésta se mantendrá tanto más cuanto más ágil y maleable sea la personalidad del psicagogo.

Veamos ahora, brevemente, cómo realizan esta *conducción* psicoterápica algunos de los más renombrados técnicos actuales. Con ello facilitaremos sin duda un buen muestrario de pautas de actuación, capaz de llenar todas las habituales variantes actuales del enfermo psíquico y de su «circunstancia».

EL «CRITERIO» PSICOTERÁPICO DE PRINZHORN

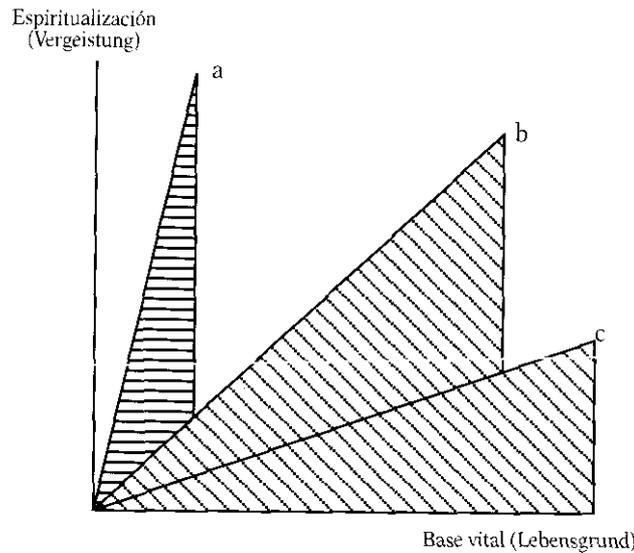
Entre los psicoterapeutas modernos, nadie como Prinzhorn se ha preocupado tanto de cuáles han de ser los fines, la esencia y los límites de su actuación. Nadie como él, tampoco, ha mostrado un mayor prurito de eclecticismo y afán de integración de los conocimientos biológicos, psicológicos, filosóficos religiosos y sociales en la obra de «conducción» de las mentes que sufren. Empieza ese autor por elevar su concepto del médico hasta el punto de afirmar que: «Ser médico significa mostrarse abierto a todas las personas, poseer un seguro saber de los procesos biológicos, tener a disposición todos los medios de ayuda y elegir en cada caso el indicado». Ello supone adoptar «una política realista» en los procesos biológicos personales. El arma principal de que dispone el buen psicoterapeuta es el «Eros paidogogos» platoniano: el amor creador y formador. Su postura no ha de ser la de «descender» -caritativamente- hasta el enfermo sino la de «remontarse» hasta la total comprensión y captación de todos sus valores positivos, pues de ellos y no de sus defectos, habrá de extraer el manantial de energía que le sirva para llevar a cabo la obra curativa. No mero «compadecer» sino co-pensar, co-sentir, co-decidir y co-actuar, espiritualmente fundido con la individualidad desvalida: eso es lo que primordialmente ha de hacer el médico sin perder por ello, en todo momento, la objetividad socrática en la *dirección* de sus planes y en el diálogo con quien ha de cumplirlos.

Pasando a analizar los *fines* de la actuación psicoterápica, sostiene que, considerada desde un punto de vista estrictamente científico, esta no puede pretender la *imposición* a un psicópata de un modo de vivir normal. Sería injusto y crearía, además, consecuencias peores que las que se trata de combatir: un ser *anormal* debe vivir *normalmente* de un modo anormal; si intentamos encajarlo en las normas vitales *ad usum* sólo conseguiremos añadir a su estructura psicopática las molestias derivadas de la fricción con la armadura de inhibiciones y reacciones que pretendemos agregarle para darle una apariencia de adaptación. En tal caso el fin del psicoterapeuta ha de ser un tanto diferente del que hasta ahora se creía: *reorientar los anormales dispositivos reaccionóles del enfermo de suerte que se consiga la mejor fórmula autocompensadora posible de los mismos y, de otra parte, crear al sujeto un ambiente adecuado para que el nuevo uso (no normal!) de ellos no ocasione ahora*

perjuicios a la Sociedad. La conciliación de los *derechos vitales* del individuo y de los *derechos espirituales* de la Sociedad debe hacerse en este caso con un criterio diferente del que rige para la mayoría: no es que al psicópata se le extienda una patente de corso para que haga lo que le venga en gana, pero igualmente absurdo es pretender que se amolde a hacer lo que a nosotros nos venga en gana. «No se pueden pedir peras al olmo» es el *leit motiv* de la actitud de Prinzhorn en este aspecto y por ello dedica más tiempo a instruir a los familiares, amigos, colegas, etc., que rodean al psicópata que a intentar la imposible transformación esencial de éste. La antinomia Vida y Espíritu (Ser y Valer) es así resuelta de un modo más original y comprensivo que el preconizado por la escuela psicoanalítica.

Partiendo de la base de que «en los casos de disposición psicopática constitucional la «restitución» tras la crisis neurótica conduce al «integrum» de la psicopaticidad, Prinzhorn puede parecer escéptico o pesimista, mas en realidad resulta mucho más efectivo y previsor que quienes imaginan que los impulsos e instintos pueden doblegarse sumisamente a los «proyectos» de sublimación sugeridos a su portador. Considerando que el sentimiento de inseguridad y de insuficiencia (no de inferioridad sino de extrañeza frente al modo de ser de los demás) se debe, casi siempre, a una inadecuada proporción entre el nivel de vitalización y de espiritualización alcanzado por el sujeto, Prinzhorn se esfuerza en obtener la óptima fórmula equipotencial posible en cada individuo.

Para ilustrar mejor su concepto usa el esquema que a continuación insertamos y en el que puede verse la doble desviación posible de la salud mental: por disminución o descenso del fondo vital, dando lugar a una excesiva espiritualización -que lleva al sujeto a la angustia- (es el caso representado en el triángulo A) o, inversamente, por un excesivo cultivo del mismo, conducente a una falta de desarrollo espiritual -que lleva también al sufrimiento y a la inseguridad- (por embotamiento del placer sensual, aumento del llamado «instinto de conservación y carencia de medios de previsión, así como por falta de resonancia afectiva en el ambiente social circundante: es el caso representado por el triángulo C).



La proporción Espíritu - Vida (de la Psicoterapia de Prinzhorn. Pág. 168. Ed. Thieme, Leipzig).

Es así como un cultivo «compensador» de las funciones somáticas (a base de ejercicios o juegos deportivos, trabajo manual, alimentación racional, higiene corporal, etc.) puede ensanchar la base vital en los casos de desviación tipo «a»; en tanto un plan de vida en el que intervenga el cultivo de valores espirituales (arte, ciencia, filosofía, religión, política, etc.) puede elevar la altura de los propósitos sensuales y conseguir una renovación del sentido de vida en los casos de desequilibrio individual de tipo «c».

LA «PSICAGOGÍA» DE KRONFELD

Formalmente influenciado por la Psicología Individual de Adler, de quien fue dilecto discípulo unos años, este psicoterapeuta, hoy radicado en la U.R.S.S., introdujo como norma rectora de su sistema el principio del *fortalecimiento* («*Starkersein*») individual como incentivo para llevar al sujeto a la lucha contra su desequilibrio caracterológico-existencial. Concibe al carácter, siguiendo en gran parte a Klages, como la resultante de: a) disposiciones recep-

tivas («materia», en la terminología klagesiana); b) disposiciones dinámicoafectivas («estructura», de Klages o «Kolia», de Kehrer); c) disposiciones reactivas («cualidades» según Klages). Reconoce que en la formación de la personalidad actúan, además de los influjos genotípicos y ambientales corrientemente aceptados, factores culturales, históricos y geopolíticos un tanto descuidados hasta ahora. Admite la existencia de un número reducido de «acontecimientos críticos» en la vida de cada sujeto, alrededor de los cuales se observa una modificación, a veces esencial e irreversible, de los principales núcleos de acción personal, de suerte que el cambio producido puede llegar a la casi creación de «otro» tipo de vida en el sujeto.

Admite asimismo, claro es, la necesidad de una exploración, un tanto comprimida, de las incidencias de la vida sexual y de las zonas subconscientes o preconscientes del aparato psíquico; no desdeña el empleo de la sugestión ni el de la hipnosis para ganar rápidamente las primeras posiciones estratégicas (cuando se trata de casos apropiados) pero -y he ahí su originalidad- insiste en que la principal labor de todo psicoterapeuta ha de ser la *eductora* y la *correctora*, es decir, la de realizar una *pedagogía terapéutica* o «psicagogía», basada en la *fornibilidad* (Bildsamkeit) humana.

El hombre -dice- es deformable pero también es reformable y a ello ha de tender nuestro esfuerzo, complementando la tarea psicoanalítica. He aquí su plan de ataque: Tranquilización -ruptura (por sugestión) de la «fachada sintomática» -vivencia de distanciamiento (el enfermo pasa de actor a espectador de su caso) -aseguramiento de la confianza en sí -creación de más precisos ideales de vida -adquisición del convencimiento de la creciente fortaleza para lograrlos. De estas fases nos interesan, por su originalidad, las últimas. Kronfeld realiza un profundo estudio de las causas de perturbación del que denomina «Selbstgefühl» (sentimiento del propio valor o sentimiento de mismidad) y de las actitudes derivadas, cada una de las que puede crear un tipo caracterológico (mentiroso, desconfiado, intrigante, dubitativo, entristecido, ambicioso, vanidoso, resentido, cruel, etc.). Ante tales desviaciones de la línea vital K. postula la correspondiente acción psicagógica, que en ningún caso habrá de limitarse al terreno dialéctico-verbal sino que habrá de trascender, usando el influjo personal del médico, al terreno de la conducta: no basta engendrar la creencia ni la disposición, ni siquiera la actitud; *hay que llevar al enfermo a la realiza-*

ción inmediata de sus decisiones y no abandonarlo hasta tanto que se halle lo suficientemente avanzado en su nueva ruta existencia! como para asegurarnos que la inercia adquirida en ella le impedirá el retorno a su antiguo modo de vivir.

Siguiendo la inspiración de su Maestro Adler, también Kronfeld dedica una especial atención a discutir con cada enfermo el problema del «sentido»? que ha de tener su vida y de los «objetivos concretos y remotos» de la misma («Sinn und Zweck des Daseins werden zura Problem», pág. 286 de su Psychotherapie). Mas tal discusión dista mucho de tener lugar en un plano estrictamente filosófico o religioso y se afina, en cambio, en el terreno biológico, social y cultural-histórico. Ante todo trata HP evitar que el enfermo «eche Ja culpa de su infelicidad a sí mismo o a los demás» y de conseguir que en vez del concepto de culpabilidad se desarrollen en él las nociones de «ignorancia» y «error», ya que ambas son mucho menos angustiantes y mucho más fácilmente superables. Por fin, K. lleva a sus enfermos a establecer nuevos vínculos afectivosociales con círculos y grupos humanos especialmente seleccionados para favorecer el éxito de sus primeros pasos en el cumplimiento del plan psicagógico.

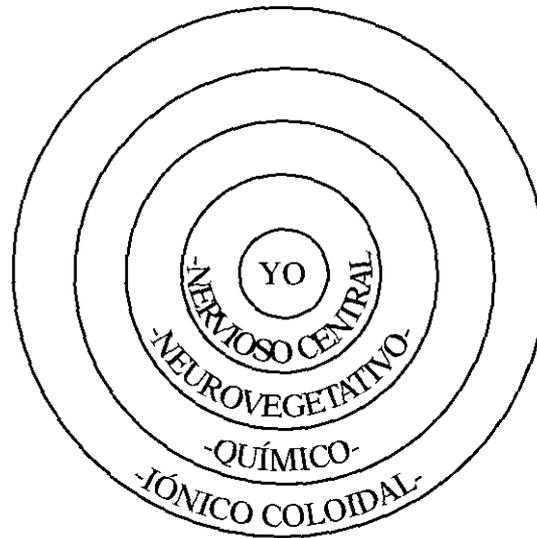
LA PSICOTERAPIA DE J. H. SCHULTZ

Conocemos ya a este autor por la descripción que hicimos de su interesante método del «entrenamiento autógeno», en el capítulo VI. Vimos entonces que ese procedimiento (también denominado «autorrelajación concentrativa») reunía las ventajas de las técnicas sugestivas e hipnóticas y era más fácilmente controlable por el médico que éstas. Mas no se crea que su autor se haya limitado a usarlo como panacea; por el contrario, su Psicoterapia es ampliamente ecléctica, como ahora vamos a ver.

La primera afirmación de Schultz es que, desde el punto de vista psicoterápico, *el cuerpo es una parte de la Psique*. La segunda es que, cualesquiera que sea la complejidad de los datos que constituyen la conciencia en un momento dado, *ésta es siempre vivida como unidad por el sujeto* (Yo me encuentro bien o mal, no sé qué tengo, siento que me pasa algo raro, etc., -en todas estas expresiones la multiforidad de las impresiones es siempre integrada en la univocidad yoica-); corolario de tal afirmación es que *la enfer-*

medad es también sentida por el sujeto como un suceso unitario, global e indivisible. Su tercera afirmación es la que la individualidad se halla formada por estratos o capas funcionales y que contra la opinión corriente, las profundas influyen más a las superficiales que viceversa. Así, en el esquema adjunto puede apreciarse que Schultz, siguiendo a Zondek, reconoce cuatro sistemas reaccionales, cada uno de los que constituye un nivel y responde a leyes y técnicas diversas, siendo el más próximo al Yo individual (más profundo) el sistema nervioso central y el más lejano (superficial) el iónico coloidal.

Sistema reaccional Yoicosomático, según J. H. Schultz



SISTEMA
REACCIONAL

1. Iónico coloidal.
2. Químico.
3. Neurovegetativo.
4. Nervioso central.

TERRITORIO

Plasmas intersticiales.
Metabolismo endocrino.
Zona vegetativa.
«Movimiento».
«Conocimiento».

MÉTODOS

Físico y coloido químicos
Químicos.
Biológicos.
Psicobiológicos.

Para llegar a estimular o dinamizar el tono neuromotor y el neurovegetativo preconiza la gimnasia, el ejercicio metódico de la concentración y la relajación y el entrenamiento autógeno, capaz de regularizar asimismo la función circulatoria. Es interesante la semejanza de esta concepción y la de Laignel Lavastine, el cual, casi coetáneamente con Schultz, difundió en Francia la necesidad de realizar el «tratamiento concéntrico» de los trastornos del equilibrio psíquico.

Otra originalidad del psicoterapeuta que nos ocupa es su criterio clasificador de las neurosis. También las divide en cuatro grupos, según puede verse:

- | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------|
| 1. EAOI[eurosis (tremí-neurosen). | (Origen predominantemente ambiental). | Conflictos allopsíquicos. |
| 2. Neurosis marginales (Randneurosen). | (Origen predominantemente fisiógeno). | Conflictos fisíopsíquicos. |
| 3. Neurosis estructurales (de capas o estratos) (Schichtneurosen). | (Predominantemente psicógenas). | Conflictos endopsíquicos. |
| 4. Neurosis nucleares (Kernneurosen). | (Predominantemente caracterógenas). | Conflictos autopsíquicos. |

En general puede decirse que la seriedad del pronóstico aumenta con el número señalado a cada categoría. Son las neurosis nucleares, en efecto, las que por hallarse profundamente arraigadas en el ser individual, hasta el punto de ser casi consubstanciales con su carácter, resultan de corrección más difícil. También puede afirmarse, según Schultz, que el pronóstico se ensombrece en la medida en que el desequilibrio psíquico ha comprometido o alterado uno de los por él denominados *valores existenciales*. Cada uno de estos responde a la solución de un problema vital para la Písiqe humana, visa al logro de un objetivo y asegura una función, según puede apreciarse en el esquema en que el citado autor los reúne y sintetiza:

Esquema de los «valores existenciales» (Psicoterapia de Schultz; 4ª Ed. Pág. 244. Ed. Gustavo Fischer, Jena. 1930).

PROBLEMA	FUNCIÓN	OBJETIVO
I. Anonimato o euforia de la «Physis».	Sentimiento vital corporal.	«Salud».
II. Actividad fluente en rendimiento y en gozo.	«Talento práctico in-individual».	«Felicidad».
III. Decisión comunal (Prestigio. Propiedad. Familia. Matrimonio. Profesión, etc.).	«Talentopráctico colectivo».	«Seguridad»
IV. Prevención mortal y apreciación cósmica (lucha humana, fases vitales, edad, pasado, etcétera).	«Talento o razón cósmica».	«Concepción del Mundo».
V. Claro autoconocimiento, autovaloración y autodecisión.	^Autodominio».	«Independencia». «Libertad».
VI. Productividad vital o espiritual.	<Armonía total».	«Autorrealización (Selbstverwirklichung).

De acuerdo con esta pauta, lo primero que hay que conseguir en el sujeto es que no se sienta el cuerpo, pues solamente cuando éste no constituye problema para el individuo puede decirse que su plano físico está sano. Lo segundo, es que el sujeto siente el «placer funcional», la «alegría de vivir y actuar», pero ello lleva ya implícita la normalización de los demás objetivos existenciales: dominio de las necesidades inmediatas (individuales y familiares, económicas, etc.) segura concepción del Mundo, firme dominio de sí mismo y, finalmente, «realización de la propia obra», es decir, afirmación de la individualidad mediante un aporte vital o espiritual al cosmos en que vive.

Acepta, desde luego, Schultz el punto de vista psicoevolutivo, que con tanto vigor ha introducido en Psicoterapia la escuela psicoanalítica, pero lo completa con un criterio personalista, más

cercano al de Stern que al de Freud. Por ello no concede tanto valor como este último autor al problema sexual (como puede apreciarse al verlo excluido del esquema de los valores existenciales) y en cambio acentúa -acercándose en esto al punto de vista adleriano- la importancia de lograr una prospección agradable: «no es tanto el pasado ni el presente como el futuro lo que verdaderamente preocupa al neurótico: si retorna a considerar aquel es por su incapacidad para afrontar a éste». Por esa misma orientación, tampoco insiste demasiado en el papel del «sentimiento de culpa», y cree resueltamente que una mayoría de neuróticos sufre, más que «por lo que han hecho», por «lo que no han podido hacer».

Para nuestro juicio, el mayor mérito de la psicoterapia schultziiana radica en el equilibrio que mantiene entre las medidas puramente *verboterápicas* (terapia por el lenguaje = «talking cure») y las *psicomotoras* (terapia por el movimiento y la acción).

LA PSICOTERAPIA «ESTRUCTURAL» DE BIRNBAUM

Ha sido este autor, hoy voluntariamente exilado en Norteamérica, uno de los que con mayor empeño han luchado para hacer comprender la denominada «poligenia» (origen múltiple) de los trastornos psíquicos. El más sencillo desequilibrio mental obedece a la acción imbricada de una constelación de factores y se *edifica en forma* constantemente cambiante, si bien sus cimientos y sus vectores permanecen firmes y aseguran la conservación de su plano de dirección en cada fase. Para conocer esta *arquitectura funcional de las psiconeurosis*, psicopatías y psicosis se impone, pues, realizar un *análisis estructural* (que nos dará el llamado «diagnóstico polidimensional» de Kxetschmer). Un primer resultado de tal análisis es la diferenciación en el síndrome observado de dos tipos de síntomas, a los que Birnbaum denomina: *patogénicos* (correspondientes directamente a la acción del proceso morboso) y *patoplásticos* (o *expresivos* del mismo a través de las peculiaridades del fenotipo y el ambiente individuales).

Con lo expuesto se comprende que Birnbaum adopta una posición ecléctica en la que integra interpretaciones organicistas y psicogenéticas, de suerte que podríamos considerarlo como el más psiquiátrico de los psicoterapeutas europeos. Por ello también se ha especializado su Psicoterapia en el estudio y corrección de las

denominadas «personalidades delincuentes» (Psychopatische Verbrecher) que corresponden -y no por extraña coincidencia- a los tipos genéricamente admitidos de personalidades psicopáticas y estos, a su vez, sirven de soporte constitucional a los cuadros clínicos de las psicosis más típicas. En cada caso se muestra partidario de combinar en el plan de ataque todos los recursos, pero tal integración ha de ser justamente elegida, así como el *momento* en que ha de aplicarse: a veces, en efecto, es preferible esperar una ocasión propicia para iniciar la intervención psicoterápica, aun hallándose ésta perfectamente preestablecida y justificada.

LA PSICOTERAPIA «DIALÉCTICA», DE KUNKEL

Nos hallamos en presencia de otro ex-discípulo de Alfred Adler que, como Kronfeld, ha superado la superficialidad de las ideas de su Maestro y nos brinda una nueva dirección psicoterápica.

Quizás la obra en que mejor se evidencia ésta es sus Fundamentos de la Psicoterapia práctica (Grundzuge der Praktischen Seelenheilkunde) recientemente vertida al castellano -con un impúdico y comercial cambio de nombre («Del Yo al Nosotros») y un tendencioso prólogo que en nada realza la versión original-. No obstante, la traducción es fiel y a ella pueden confiarse los lectores que deseen mayor contacto con este psicoterapeuta que el que aquí vamos a ofrecerle: para los que dominen el idioma alemán, resultará también de sumo provecho la lectura de su otra obra: Charakter, Leiden und Heilung (Ed. Hirzel Leipzig).

Así como Kronfeld trató de llegar a una síntesis de Freud y Adler, podríamos decir que Kunkel intenta conciliar a Adler y Jung; empresa harto difícil y en realidad no lograda, pero que ha tenido la virtud de conducirlo a un punto de vista original y apreciable. Parte Kunkel -como Jung- de la «realidad del alma o espíritu» como entidad de igual jerarquía que la «realidad del cuerpo y mundo físico». Admite, asimismo, la existencia de los arquetipos junguianos y de ellos deriva las potenciales *nosistas* (es decir, comunes o colectivos) que existen en la sangre y en el espíritu del individuo humano. No obstante, ese «nosismo» predeterminado genotípicamente es primitivo, indiferencia do y gregario. Por sí sólo, ese factor «confunde» pero no «funde» a los hombres en una Sociedad inteligente y progresiva. En los años del desarrollo individual, la

afirmación incipiente del Ser personal tiene lugar en forma de creciente «egoísmo», aparentemente opuesto (antítesis) al nosismo primario. El Yo «individual se opone al «Tu» colectivo y se afianza en la denominada «lucha por el predominio», gracias a un afán de preeminencia y a una ambición de dominio, enteramente superponible a la que deriva del «aggressionstrieb» (impulso agresivo) adleriano. Si esa postura solipsista no es superada mediante la formación de un «nosotros» secundario, en el que se integren y convivan, en armónica síntesis, los aparentemente inconciliables propósitos del individuo y la Sociedad, se habrá abierto la vía que conduce al sufrimiento y a la fricción de ambos.

En resumen, tres etapas recorre la evolución del ser humano: en la primera vive obscuramente mezclado *entre* el Mundo; en la segunda vive progresivamente concentrado *contra* el Mundo; en la tercera vive *para* el Mundo. Y solamente cuando llega plenamente a esta fase de su existir adquiere la paz y la salud mentales a prueba de conflictos, externos o internos.

Hasta aquí puede decirse que la concepción kunkeliana no tiene de original más que el cambio de terminología, pues por lo demás se corresponde con los puntos de vista ya casi clásicos de la Psicología evolutiva acerca de la superación de las primitivas reacciones negativas del *miedo* (huida hacia la Nada y confusión con el No Ser) y la *cólera* (ataque al Mundo y tiranía del Ser) por la reacción positiva del *amor* (síntesis del Ser y el No Ser -sujeto y objeto- en un nuevo Súper-Ser). Tampoco es totalmente original su otra idea, básica, de que el carácter representa siempre una *limitación* en el sujeto. En efecto, antes que él numerosos autores habían señalado que este término correspondía al plano *tangencial* o de *intersección* del individuo y el Mundo. Concebido como un sistema de reglas fijas de conducta (hábitos) bien puede afirmarse que un hombre se encuentra tanto más limitado en sus posibilidades adaptativas y creativas -y, por tanto, se halla más cercano a su rigidez y a su muerte psíquica- cuanto *más carácter* tenga, en sentido kunkeliano. Por el contrario, un hombre elástico y plástico, ágil y fluente, capaz de prescindir en un momento de su pasado, aislarse del presente o cambiar sus fines hacia el futuro, es decir, un hombre «infinal» sería carente de carácter. De aquí se deriva la paradoja de que el *mejor* carácter que puede tenerse es el *no tener ninguno*.

La originalidad del autor estriba, en cambio, en la adopción del criterio que el denomina «dialéctico vital» para la compren-

sión de las reacciones caracterológicas, normales y patológicas y, también en la oposición de «sujeto» y «objeto» (un tanto homologa a la de «persona» y «cosa» en la Psicología de W. Stern) con la que da a su Psicoterapia un dinamismo y una claridad poco comunes en estos tiempos en los que amenaza siempre el peligro del teoricismo especulativo. Indirectamente Kunkel introduce por primera vez en el campo psicoterápico el valor de «libertad» aun cuando lo hace enmascarado bajo la noción de «infinitud» o de «indeterminabilidad»: para él ser «sujeto» significa precisamente «no estar sujeto» a las reglas de la causalidad (otra paradoja, en este caso más material que formal); en cambio ser «objeto» supone ser «estable», previsible y rígidamente invariable (o sea: plenamente característico). Supone Kunkel que el hombre normal es aquél en el que se llega a una síntesis aceptable entre su subjetividad y su objetividad y se consigue la formación de una superestructura (nosista) que le permite no sentirse en conflicto o incompatibilidad con sí mismo ni con los demás. Difícilmente, no obstante, un tal equilibrio y síntesis puede conseguirse espontáneamente; lo corriente es que cualquier desviación psicopática, por escasa que inicialmente sea, tienda a crecer y a exagerarse con el tiempo, engendrándose un «círculo vicioso» o diabólico, en virtud del cual toda desviación o anomalía personal engendra una conducta que fatalmente contribuye a reforzarla (y de tal suerte, el mentiroso se ve obligado a decir cada vez más mentiras, el malhumorado acrecienta su mal genio, el triste su melancolía, el tímido su miedo, etc.). Por ello es tan importante la *precocidad* en la intervención correctora.

La mayoría de los síntomas neuróticos tienen para él una finalidad «defensiva» o «protectora» contra la angustia de lo desconocido que es... la vida. Por ello la superación del «miedo a la vida» es uno de los primordiales objetivos de la psicoterapia kunkeliana. A diferencia de Adler -quien inyecta coraje en el sujeto a base de exaltarle la fe en sí mismo- Kunkel, influenciado por la posición junguiana y queriendo llegar a una síntesis entre ambos, intenta dar *seguridad* (equivalente de serenidad o Paz) a sus enfermos no sólo haciéndoles sentir la «universal hermandad humana», a través de la creación de un modesto «nosotros» con el psicoterapeuta, sino, también, llevándolos a recorrer la línea del tiempo, hacia atrás (vinculación y responsabilidad derivables del «apellido familiar»: hay que «mantener la tradición» o «superarla») y hacia de-

iante (trascendencia del Ser en su obra creadora, para acercarse al Gran Creador y vivir en plenitud de «resonancia» cósmica y ética).

Ello no le impide aceptar -como Heyer- la ayuda de todos los métodos y técnicas de la denominada «psicoterapia menor» (sugestión, hipnosis, autotrelajación de H. Schultz, juego, gimnasia, trabajo, etc.) para el beneficio inmediato de sus pacientes. Pero estos siguen siéndolo para él cuando han dejado de ser «sufrientes»; entonces deja su postura de consultor médicoprofesional para adoptar la de consultor «vital» y allanarles el camino de su Destino.

EL CRITERIO PSICOTERÁPICO DE SCHILDER

Pocos psicoterapeutas han tenido una formación tan completa como la de este gran especialista, prematuramente arrebatado del mundo científico por un camión neoyorkino. Formado en Viena, que durante los decenios de 1900 a 1930 fue el centro mundial de las principales escuelas psicoterápicas, adquirió una sólida preparación psicoanalítica y filosófica, sin descuidar una visión biológica del hombre. Su contacto con las concepciones norteamericanas sirvió para darle un mayor sentido práctico a su actuación; ello puede confirmarse comparando su *Medizinische Psychologie*, escrita en 1923 y su *Psychotherapy*, escrita en 1938: aquella sorprende por la perfecta sistematización de su contenido conceptual, en tanto ésta cautiva por la agudez y la eficacia de sus comentarios y reglas clínicas. Ya hemos tenido ocasión, en el capítulo IV, de transcribir una de las pautas que este Maestro usaba para el interrogatorio de sus casos de consultorio. Veamos ahora algunas de sus más originales concepciones psicoterápicas:

Schilder divide los pacientes que acuden al psicoterapeuta en cinco grupos: a) los que se quejan de molestias «físicas»; b) los que se quejan de molestias mentales; c) los que sufren por sentirse fracasados e incapaces para resolver las dificultades de la vida y «ser como los demás»; d) los que se quejan del modo como la vida está organizada y se sienten desadaptados ante ella; e) los que son traídos a consulta porque los demás se quejan de ellos. Para las categorías a), b) y e), la psicoterapia ha de apoyarse sobre todo en un enfoque psicosomático (biológico); en cambio para las categorías c) y d) ha de pivotar sobre un enfoque *psicosocial* (filosófico) sin que ello suponga que no se requiera en cada categoría el enfoque,

complementario, de las demás, especialmente si se tiene en cuenta que es frecuente la aglutinación de varios motivos de consulta y que, en fin de cuentas, todos los sujetos que requieren la ayuda psicoterápica son tributarios de ella en los cinco aspectos señalados.

La sintomatología de las enfermedades orgánicas desde el punto de vista psíquico. En este aspecto la contribución de Paul Schilder a la psicoterapia de las enfermedades somatógenas se basa en un completo análisis de la repercusión que sus trastornos tienen en la esfera psíquica de la individualidad.

He aquí su clasificación sintomatológica:

1. *Síntomas de la superficie del cuerpo:* a) hinchazón (adición a la imagen corporal), b) mutilación (substracción de la imagen corporal), c) cambio, d) pérdida de integridad (hemorragias).
2. *Síntomas de las aberturas corporales:* a) oclusión (estreñimiento, dispnea, amenorrea, ausencia de sudoración), b) descarga excesiva por las aberturas (vómitos, diarreas, hiperhidrosis, metrorragias, etc.).
3. *Síntomas de los sentidos* (alteración de la asimilación o recepción sensorial).
4. *Síntomas del interior del cuerpo:* a) aumento de pesadez (general, local, en forma de «rellenamiento», «densificación» o «tensión»); b) disminución de pesadez (general, local: «vacíos»); c) cambios de calidad expresables físicamente (sólido, líquido, gas).
5. *Síntomas de la motilidad:* a) disminución (parálisis, parestias, debilidad y fatiga general o local); b) aumento (convulsiones, calambres, sacudidas, hipercinesia, general o local).
6. *Síntomas generales:* a) ansiedad, b) vértigos, c) náuseas, d) dolores, e) inhibición, f) fatiga, g) debilidad, h) inquietud, i) tensión.

Todos estos síntomas pueden obedecer indistintamente a un origen orgánico o psíquico, pero -esto es lo importante- casi siempre su evolución se halla condicionada por los factores procedentes de ambos orígenes, o sea que aun cuando primitivamente un síntoma tenga una motivación orgánica, pronto se adscribe a él un sentido o significado psicológico (en tanto «expresa» algún matiz funcional no sólo del «órgano» sino de la «persona» en quien se da). Es así como Schilder extiende el denominado «lenguaje o dialecto visceral» de Adler a los casos de somatosis más aparente-

mente lesionales, Y de ello se deriva la posibilidad de una psicoterapia asociada a la somatoterapia incluso en los enfermos más groseramente orgánicos.

Otra concepción original de este Maestro de la Psicoterapia es la que le lleva a admitir una especie de *balance compensador* en el seno de la individualidad enferma, en virtud del cual, ante ciertos procesos patológicos que alteran gravemente el fisiologismo somático (infecciones bacilares, neoplasias, etc.) el psiquismo individual efectúa una labor compensadora y acude a refugiarse -mediante un proceso de proyección o de regresión- en una actitud infantil de «ignorancia ingenua» de «nimportequismo» («política de la avestruz») o, incluso, de omniscencia y omnipotencia, n despecho de la realidad. Sorprende, en efecto, ver los proyectos y ensueños de muchos de estos enfermos, en la antesala de la muerte. El desarrollo de tales ideas de grandeza o, incluso, de un síndrome pseudomaniaco sería la última tentativa de la individualidad para encerrarse en el estrecho círculo del autoengaño, ante el temor prospectivo de la realidad. Ello supone que la regresión infantil del viejo, por ejemplo, no sea un resultado de la pérdida de las funciones superiores de su mente sino un esfuerzo compensador y activo para *alejarse de la angustia de la próxima muerte*.

Teniendo en cuenta esta concepción puede afirmarse la paradoja de que la *vivencia de enfermedad está en razón inversa de la objetiva gravedad del proceso lesional* y, por tanto, que si en unos casos es labor del médico la supresión de la «conciencia de trastorno» en otros habrá de provocarla o, cuando menos, de dirigirla y controlarla, en aras de la más perfecta síntesis individual. Si los psiquiatras antiguos hacían un mal pronóstico de los casos en los que persistiendo los síntomas psíquicos mejora el estado somático, los clínicos modernos pueden también hacerlo cuando persistiendo los síntomas somáticos se desvanece su repercusión en el psiquismo.

Como armas o instrumentos técnicos de la Psicoterapia Schilder, en su obra postuma, admite los siguientes:

- a) Discusión (conversación directa con el paciente acerca de los temas que éste espontáneamente presenta al médico).
- b) Consejo (admonición y estímulo).
- c) Persuasión (convencimiento lógico).

- d) Voluntarización (es decir, animación y fortalecimiento de la voluntad de curar del paciente: «appeal to will»).
- e) Rememorización del pasado (remontando la historia vital en sentido retrospectivo, para descubrir las fuentes del malestar actual).
- f) Hipnosis catártica (destinada a liberar los datos y experiencias psíquicas que por hallarse reprimidas no emergen espontáneamente).
- g) Hipnosis exploradora (destinada a ampliar la zona de investigación de los propósitos subconscientes del sujeto).
- h) Hipnosis «reviviscente» de experiencias emocionales traumatizantes (el sujeto vuelve a vivir la situación de su drama y con ello se produce la abreación del potencial perturbador)
- i) Asociaciones libres.
- j) Análisis de los juegos y distracciones (hobbies) del paciente.
- k) Análisis de sus «expresiones» (artísticas, culturales, mímicas, etc.) espontáneas.
- l) Estudio (especialmente en los niños) de creencias y opiniones.
- m) Interpretación de los sueños.
- n) Interpretación de ensueños y fantasías de vigilia.
- o) Interpretación de lapsus y actos fallidos.
- p) Interpretación de los recuerdos más antiguos (principio consciente de la vida individual).
- q) Análisis (especialmente en los adultos) de las ideologías y concepciones de valor.
- r) Análisis de la adaptación social.
- s) Discusión y distribución de las actividades del enfermo.
- t) Hipnosis sugestiva.
- u) Sugestión, en general.
- v) Relajación y concentración.
- x) Terapia hospitalaria (sanatorial) y ocupacional.
- y) Organización del ambiente.
- z) Tratamiento de grupo o colectivo.

La inspección de la precedente lista de «instrumentos técnicos» denota: a) el predominio que en ellos tienen los de procedencia psicoanalítica; b) la autosugestión sufrida por el autor, que ha querido limitar la lista a los signos del abecedario.

De hecho la principal arma de que dispone el psicoterapeuta -a nuestro juicio- es *su propio ejemplo*: erigirse en modelo de conducta asequible al enfermo, para lo cual deberá ponerse -tan sólo en la medida necesaria y en el ámbito requerido- en postura de superioridad. Todo intento de exagerar ese desnivel es contraproducente y por ello a veces será conveniente que el psicoterapeuta dé cuenta de sus propias debilidades al enfermo y le explique como las ha superado, con el objeto de que éste vea en él no a un demiurgo sino, a un ser humano cuya única ventaja radica en gozar de un mayor equilibrio mental y un mejor saber técnico. Tampoco encaja concretamente en ninguna de las técnicas anteriormente señaladas la tarea de *coincidir* la nueva vida del paciente, sirviéndole no sólo de conductor o guía, sino de amigo y apoyo en sus primeros pasos e intentos de readaptación.

En general no puede negarse que la mayoría de las citadas técnicas son de tipo analítico o diagnóstico y no se encuentran compensadas por un número suficiente de las de tipo sintético y propiamente terapéutico. Quizás sea éste un defecto que cabe atribuir a bastantes de los psicoterapeutas actuales y al que Schilder no supo sustraerse por completo: su falta de tiempo y su aristocratismo intelectual le hacían conservar siempre una «distancia» con el enfermo, especialmente fuera del ámbito profesional. Comprendiéndolo así, últimamente trató de corregirlo mediante el aporte de la colaboración inteligente de su esposa (también psiquiatra: la Dra. L. Bender) de ex-enfermos y hasta de casos similares. Fue de esta suerte como propendió a organizar la Psicoterapia en «equipo» y la Psicoterapia en «grupo» (apartado final de la lista). Pero la importancia de esta nueva dirección merece que la consideremos separadamente al final del capítulo

LA PSICOTERAPIA «EXISTENCIAL» DE LIJDWIG BINSWANGER

Pertenece a este gran psiquiatra suizo, heredero de un apellido de gran prosapia científica, el mérito de haber sido quien con mayor ahínco ha intentado ajustar las ideas psicoterápicas a las corrientes filosóficas de la época. Insatisfecho por la base excesivamente empírica del psicoanálisis -que según su propia frase «sólo explica el Homo Natura»- trató de apoyarse en la fenomenología de Husserl y a su través llegó a la denominada Antropo-

logía Existencial de Heidegger, de la que quiso derivar una Psicoterapia existencial. Pero el propio Heidegger ha insistido repetidamente en que los conceptos de su sistema ontológico no pueden ni deben ser transferidos al Mundo óptico -de las formas individuales y concretas-. Por ello todo el trabajo de Binswanger habría resultado un vano esfuerzo, a no ser porque a pretexto de seguir las orientaciones heideggerianas nos ha proporcionado en realidad un cúmulo de originales interpretaciones psicológicas de algunos estados psicopáticos y psicóticos, penetrando más profundamente en su verdadero sentido. Tal ha sucedido, por ejemplo, con la comprensión del «existir maníaco» (hecha a través de un insuperable estudio del denominado «flujo de ideas») y con su interpretación sutil de diversos síndromes neuróticos.

En síntesis, prescindiendo del aspecto teórico-especulativo de su postura, Binswanger postula la necesidad de no llegar a la comprensión del hombre enfermo a través de sus síntomas sino de proceder al revés, o sea: llegar a la comprensión de los síntomas a través de la del hombre que vive un existir morboso. Y para conseguir esto se requiere mucho más que la historia objetiva y fidedigna de su vida, la historia *subjetiva* de su padecer, ya que -siguiendo a su inspirador- *el hombre vive sólo en la medida en que sufre* la preocupación, la inquietud o -si se quiere- la angustia derivada de *la incertidumbre de su futuro*. Remedio contra tal angustia es su vinculación a otros seres humanos con los cuales la comparta (familia, compañeros, etc.) mas si este apoyo falla (a *priori* o a *posteriori*) vuelve a sentirse sólo no ya con su soledad sino, lo que es peor, con su Nadedad (Nichtigkeit) y entonces no le quedan más que dos caminos: maquinizarse (hombre Planta) o desviarse por el tortuoso sendero de la locura o la neurosis. Comprender el *sentido de la vida* ha sido también una inquietud adleriana, mas la posición de la Psicología Individual es mucho más empírica y simplista que la de Binswanger, ya que Adler talla a todos los hombres con un mismo y tosco patrón bidimensional, en tanto que aquél, por definición, admite que la esencia de cada ser humano es distinta y solamente puede intuirse tras una prolongada y atenta serie de confesiones, integradas con múltiples y heterogéneos datos de conducta y con minuciosas exploraciones biológicas (somáticas). Por ello es refractario, en principio, a que el psicoterapeuta haga tratamiento ambulatorio (o en consultorio) de sus enfermos. Estos han de ligar su existencia a la del psicote-

rapeuta, durante un largo período, conviviendo con él y con su hogar, en su Casa-Sanatorio y no limitándose a la artificial «visita» profesional, en la que pese a todos los trucos y trampas psicoanalíticas no se desvela su mismidad.

LA PSICOTERAPIA «PSTCOBTOLÓGICA» DE ADOLF MEYER

Así como Binswanger intenta entroncar nuevamente la Psicoterapia con la Filosofía, su compatriota A. Meyer -hoy la figura psiquiátrica más venerada en Norteamérica- ha intentado vincularla con la Biología, admitiendo la «doble faz» (orgánica y personal) del individuo humano (unidad viviente psicobiosocial, según su expresión). Admite lo que él denomina «interpretaciones pluralistas», es decir, eclécticas, para sus casos. Trata de evitar penetrar demasiado profundamente en su pasado, para no aventar el fuego al remover las cenizas, Por ello reduce la exploración de los antecedentes infantiles a su mínima expresión; parte de las «quejas subjetivas» que el paciente formula espontáneamente y lo considera de antemano como un ser que necesita *ayuda* (punto de vista adleriano). Es más, cree que en su inmensa mayoría los enfermos sufren de *miedo*, son seres débiles o debilitados (biológica, psíquica o socialmente) a los que precisa, más que nada, readaptar para la vida en su época y lugar, acudiendo a todos los medios disponibles, tanto físicos como químicos, tanto biológicos como psicológicos y sociales. No admite la existencia de rígidas entidades nosológicas sino más bien un escaso número de síndromes en los que la «ergasia» o *armonía psicobiológica* (derivada de un equilibrio entre las energías individuales y sus requerimientos) se altera, dando lugar a la aparición de formas de reacción ya superadas por el curso evolutivo. Sin duda alguna hay que reconocer a Meyer el mérito de haber sido el primer psiquiatra norteamericano que ha destacado el punto de vista *psicosomático* o integral, cuando la especialidad aparecía dividida en dos campos adversos: el de los organicistas (aferrados al método anatomoclínico kraepeliniano) y el de los psicoanalistas. También le pertenece el mérito de haber destacado y desarrollado el concepto de la Psiquiatría Social y de la imposibilidad de tratar «aisladamente» al enfermo. Mas -como hace notar Schilder- la orientación excesivamente *conductista* de su criterio determina que la Psicobiología resulte insuficiente para

la comprensión de los que podríamos denominar psicópatas *superiores*, en los que la complejidad de matices de su vida consciente no puede agotarse ni limitarse en las amplias mallas de la taxonomía meyeriana, cuyo único relieve en realidad es debido a la novedad de las raíces griegas que la sirven de base. Por ello creemos que la orientación de este autor es más eficaz para el tratamiento de las psicosis propiamente dichas que para la corrección de las sutiles desviaciones personales de los psiconeuróticos.

POSIBILIDADES DE LA PSICOTERAPIA COLECTIVA O DE GRUPO

La importancia de esta forma de tratamiento -recientemente ensayada de un modo sistemático por Schilder en su consulta del Bellevue Hospital de Nueva York, pero ya entrevista y utilizada con anterioridad por varios autores, entre los que se incluye el de este Manual- radica no tanto en el ahorro de tiempo (que permite al psicoterapeuta extender su acción a un número mucho mayor de enfermos y de dinero (ya que el precio de la consulta desciende considerablemente) como en el aumento de la *eficacia curativa*. Éste se consigue por extenderse el número de los estímulos iatrógenos (representados por los ex-enfermos curados) y vencerse el recelo o desconfianza inicial del enfermo con mayor rapidez (al verse acompañado de personas en idéntica situación) a la vez que por evitarse el peligro de la «contratransferencia».

Claro es que en este tipo de psicoterapia las primeras visitas han de ser individuales, aprovechándose para hacer llenar al enfermo cuestionarios del tipo descrito en el capítulo IV y para obtener un relato autobiográfico.

Después, el paciente acude a las sesiones de una especie de «seminario psicoterápico», en las que oye exponer problemas muy similares a los suyos y toma parte en su discusión conjunta, bajo la guía mental del psicoterapeuta. De ahí se deriva una vinculación «libre» con algunos de los asistentes más afines y, también, la adquisición de «puntos de vista objetivos e impersonales» que pueden aplicarse a su caso particular.

Nosotros organizamos hace 10 años en nuestro Sanatorio privado unas conferencias sobre temas de higiene mental que eran, en realidad, sesiones psicoterápicas disimuladas, ya que en ellas, con apariencia de exposición didáctica genérica, desarrollábase

los puntos de vista más eficientes para la comprensión y el tratamiento de los precisos y concretos problemas mentales de sus oyentes. Los comentarios ulteriores, bipersonales, respecto a tales lecciones nos convencieron de su enorme eficacia incluso para tratar síndromes paranoides y construcciones interpretativas bien sistematizadas.

Nos parece que dada la desproporción que siempre existirá entre el número, relativamente escaso, de psicoterapeutas efectivos y el contingente, enorme, de sujetos que requieren su acción, la Psicoterapia del futuro, sin dejar de ser individual habrá de inclinarse cada vez más hacia esta modalidad colectiva tanto más cuanto que en ella pueden «vivirse» ñor el nsirntera.neuta ciertos defectos de adaptación que el enfermo no muestra en su relación privada con él.

La única objeción que cabe hacer, pero precisa superar, en los medios latinoamericanos es el exceso de individualismo que impera en sanos y enfermos, motivante de una resistencia a exhibir las desnudeces psíquicas, por temor al ridículo. Esto hace que el enfermo apenas consienta en ser sincero con su médico pero se resista a serlo ante personas desconocidas. No obstante, ello queda compensado por el hecho de que tal actitud es tomada también por quienes le rodean y, por tanto, vuelve a establecerse el nivel de rango social en el grupo (ya que todos, en definitiva, están en igual situación).

Un cuestionario ampliamente ensayado en Norteamérica (y por nosotros en España) que permite adquirir rápida idea de la estructura caracterológica de los pacientes sometibles a la Psicoterapia de grupo es el de Benreuter, cuya técnica insertamos en el Apéndice.

BIBLIOGRAFÍA

- M. PRITZNHORN: *Psychotherapie*. Ed. G. Thieme. Leipzig. 1929.
 A. KRONFELD: *Psychotherapie*. Ed. J. Springer. Berlín. 1925.
 J. H. SHULTZ: *Psychotecmpie. ÍSeelischer Kranhenbehandlung*) 4ª Ed. Fischer. 1930.
 BIRNBAUM: *Los métodos curativos psíquicos*. Trad. española. Ed. Miracle.
 KJNKEL: *Del Yo al Nosotros*. Ed. Norton Co. New York. 1938.
 L. BINSWANGER: *Psicoterapia Sanatorial*. Rev. Méd. de Barcelona. N° 106.
 ADOLF MEYER: *Therapy. Third Salmón Lecture*. New York. 1932.

CAPITULO XI

Métodos auxiliares de la Psicoterapia. Gimnoterapia. Ludoterapia. Labor-
Lerapia o Ergoterapia. Ventajas e inconvenientes de la terapia ocupa-
cional y necesidad de su formulación científica en el plan
terapéutico general.

Hemos insistido ya en la necesidad de concretar la actuación psicagógica en la formulación de un «plan de vida» que lleva paulatinamente al sujeto a la ideal expansión de sus posibilidades de formación y de interacción con el medio, asegurándole su equilibrio y su Paz interior a la vez que su eficacia social. Para ello, como es natural, precisa previamente la corrección de la llamada «fachada sintomática» y la removilización de las energías individuales. Suponiendo que ambos objetivos hayan sido logrados, hay que esforzarse en conseguir su mantenimiento cuando el enfermo se aleje de la influencia personal del psicoterapeuta; en esta oportunidad ha de ser extremadamente útil el uso de los métodos auxiliares de que vamos a ocuparnos seguidamente:

GIMNOTERAPIA

La necesidad de ejercicio muscular -o, mejor, psicomuscular- para el mantenimiento de la salud psíquica es evidente. Desde el antiguo «Mens sana in corpore sano» de los griegos hasta el reconocimiento actual del papel que la Miopsique (Storch) tiene en el mantenimiento del biotono y de la eutimia (sentimiento vital agradable: «alegría del vivir») se ha progresado mucho en la comprensión del influjo que la cultura física ejerce en la cristalización y en la corrección del carácter. Si es cierto que a cada *actitud* psíquica corresponde una expresión, figura o postura muscular, no lo es

menos que *a cada una de éstas corresponde, recíprocamente, una peculiar propensión del ánimo a sentir o intentar algo*. Así, vemos -por ejemplo- que la persona exaltada se mueva en exceso, realiza gestos y ademanes violentos y camina erguida, por exceso de tensión en sus músculos extensores... pero también podremos comprobar que si «artificialmente y por vía de experimento» empezamos a ponernos en actitud erguida y provocativa, a hablar fuerte y a movernos descompasadamente, pronto empezamos a *sentir la necesidad de abandonarnos a este juego* y hemos de realizar un esfuerzo de inhibición para detenernos. Basándose en esta correspondencia mutua, el arte militar exige que los soldados no solamente se *uni-*

para conseguir estimular en ellos las actitudes psíquicas del coraje y la disciplina. Asimismo, los pedagogos de todos los países han tenido ocasión de comprobar los excelentes efectos que sobre el rendimiento escolar se obtienen cuando se descargan un tanto los programas del exceso de materias fríamente intelectuales que contienen y se aprovecha el tiempo así ganado para la introducción de una cultura física bien orientada. De otra parte, los higienistas postulan que una cantidad de ejercicio físico -aparte del que constituye la obligada actividad diaria- se hace necesario para conservar la salud, ya que existen músculos y sectores del organismo que no tienen ocasión de funcionar habitualmente y precisa ponerlos en juego mediante la gimnasia, con el fin de conservar la armonía de las posibilidades y de las tensiones (es decir, una distribución equitativa de la energía) del individuo, base esencial para su eutimia o sentimiento de felicidad existencial.

Desde un punto de vista psicoterápico son varios los objetivos que podemos conseguir con la práctica de la gimnoterapia y de acuerdo con ellos habrá que combinar el tipo de ejercicio recomendado, siempre teniendo en cuenta, claro es, la peculiar resistencia y poder físico individual. Como es sabido, podemos distinguir en la gimnoterapia, cuando menos, las siguientes formas: a) gimnasia atlética; b) gimnasia sueca (combinada o no a la gimnasia rítmica y respiratoria); c) gimnasia lúdica (juegos gimnásticos); d) gimnasia deportiva (individual, binaria o colectiva).

Gimnasia atlética. Este tipo de gimnasia, hecho a base de poleas, pesas y diversos aparatos (cuerda, trapecio, argollas, paralelas, escalera, etc.) se encuentra desde el punto de vista de su con-

veniencia higiénica, en franca decadencia. No obstante, puede resultar útil psicoterápicamente, en algunas ocasiones: en general representa, por la intensidad del esfuerzo que requiere, un buen derivativo de energías psicomotoras y sexuales. Tratándose de enfermos que por escasez de tiempo, de recursos o de voluntad son incapaces de desplazarse a las afueras de la ciudad y en cambio pueden asistir a los gimnasios en que se realiza este tipo de cultura física, es factible aprovecharlo, si bien ha de establecerse un plan racional, controlando los efectos del mismo sobre el estado general del sujeto y asociando el ejercicio muscular de tipo atlético a la práctica de la hidroterapia y el masaje.

Psicológicamente esta gimnasia ofrece la ventaja de permitir al sujeto un recuento diario de sus progresos en ella, lo que le permite aumentar con facilidad la confianza en su poder físico, tan necesaria en multitud de casos de neurosis o psicopatía cuyo fondo consiste en un sentimiento de inseguridad y desvalimiento para la acción de tipo muscular (acción directa). De todas suertes este tipo de gimnasia debe procurar su unión con los denominados *juegos atléticos* (lanzamiento de peso, disco, jabalina, marcha atlética, carreras, etc.) con el fin de llevar al sujeto a establecer su rendimiento en relación emulativa con uno o varios «socios».

Gimnasia sueca. Esta forma de gimnasia, denominada también método de Ling es especialmente aplicable a los casos en los que por debilidad física o por naturaleza organoneurótica de los síntomas resulte imposible exigir del paciente esfuerzos musculares intensos. Asociada a la gimnasia rítmica y respiratoria y realizada a intervalos regulares durante el día, puede ser de efectos sedantes y tónicos a la vez, pero requiere al principio cuando menos, la presencia y el control del propio psicoterapeuta y de un profesor de cultura física, con el fin de evitar que el sujeto realice los ejercicios «a medias» o los eluda con cualquier pretexto. Ni que decir tiene que deberá realizarse antes de las comidas, con vestidos holgados y en buenas condiciones de temperatura y ventilación, siendo lo preferible efectuarla al aire libre y pudiéndose, eventualmente controlar la perfección de los movimientos ante un espejo.

Con el fin de evitar un rápido cansancio puede asociarse también esta gimnasia a *pausas relajadoras*, en las que el paciente realice los primeros ejercicios del método de Schultz, complementándolos con

ulterior masaje. Este tipo de gimnasia es singularmente favorable a los síndromes de tipo asténico y neurasténico así como también a los psicópatas inestables y ansiosos, *carentes de ritmo*. La sincronización de los movimientos respiratorios y los movimientos gimnásticos realizados al compás de un metrónomo o de una lenta marcha musical es de efectos extraordinariamente favorables en tales casos

Gimnasia lúdica. Constituye una variedad de la anterior, factible cuando el sujeto concurre a una asociación en la que puede encontrar compañeros de ejercicio. La forma más atractiva de este tipo de gimnasia la constituye el ejercicio del denominado «medicine hall»: formando un círculo los gimnastas se pasan de uno a otro esta pelota procurando tomarla y devolverla con la mayor rapidez posible. El efecto dinamizante de este tipo de gimnasia se asocia al euforizante, provocado por incidentes cómicos que establecen rápidamente una actitud de sana alegría en el grupo, capaz de contagiar al nuevo ingresado en él. Por ello podemos considerar a esta modalidad gimnástica como una forma mixta de ñisio y ludoterapia, sumamente recomendable para los casos de actitud autista o triste.

Gimnasia deportiva. El cultivo del ejercicio físico bajo la forma de los denominados *deportes* ha llegado a alcanzar un desarrollo tal en nuestra época que con razón se habla ya del «Mundo de los deportes». Para una gran mayoría de jóvenes y adultos la actividad deportiva constituye casi una necesidad vital, periódicamente sentida y las organizaciones y clubs que la satisfacen tienen a veces mayor pujanza e influencia que las más selectas instituciones culturales. En nuestro siglo «el hombre ha vuelto a encontrar su cuerpo» y al reconocerle sus derechos trata de hacerlos compatibles con los derechos y obligaciones derivados de su vida social; bien puede decirse que en este aspecto la práctica de los deportes constituye un intento de síntesis, no siempre lograda, de los factores que hasta ahora aparecían como inconciliables: la fortaleza física y la fortaleza mental. Profunda importancia filosófica puede atribuirse al desarrollo alcanzado por la denominada actitud y conducta deportiva del hombre actual. Es ella causa o efecto de la nueva ideología y de la nueva moral o bien resulta, como ésta de una transformación existencial más honda que está llevando al

hombre a la angustia de redefinir el sentido y el Destino de su vida individual y colectiva.

Por muy interesantes que sean los problemas que tales preguntas plantean hemos de soslayarlos ahora y limitarnos a señalar la gran influencia que la gimnasia deportiva puede tener tanto en la formación del carácter, como en la corrección de algunos de sus rasgos y en el tratamiento de diversos desequilibrios de la conducta. Para ello vamos a estudiar brevemente, desde el punto de vista psicológico algunos de los deportes más característicos. Antes, empero, será conveniente presentar en un esquema las bases para su clasificación, de acuerdo con un criterio psicoterápico:

Deportes individuales:

- a) de cultivo primordialmente dirigido al aumento de la *fortaleza* o la «impresión de fortaleza» (Se confunden en gran parte con la denominada gimnasia atlética). Tipo: corte de troncos, serraje de árboles, ejercicio en barra fija, argollas, trapecio, escalera, cuerda, etc., hecho con carácter competitivo, aun sin necesidad de oponente; levantamiento de peso, etc.;
- b) de cultivo primordialmente dirigido a obtener un rendimiento y mantenerle el máximo tiempo posible, sin decaer (*resistencia*). Se busca aquí, más que el esfuerzo, la paciencia, la tenacidad y el aguante. Tipo: marcha a pie (Maratón), natación, remo, etc., practicados para batir cifras de duración o distancia;
- c) de cultivo dirigido a la realización de una tarea determinada con la mayor *velocidad* posible, lo que supone lograr un aumento en la *agilidad* de los movimientos sin perder por ello su precisión: carreras de toda suerte;
- d) de propósito tendiente a dominar con *precisión* y *seguridad* una serie de movimientos para cuya integración se requiere una perfecta coordinación óculomanual: billar, golf, bolos, tiro de todas clases;
- e) *mixtos*: en los que intervienen con valor casi equivalente dos o más de las cualidades primordiales en los anteriores: excursionismo, yatching, caza, esquís, patinaje, automovilismo, aviación, etc.

Deportes binarios:

- a) De competencia.
Agilidad-precisión: Tennis; ping-pong; pelota de pala, a mano o vasca, etc.
Fuerza-resistencia: Lucha greco-romana, boxeo, jiu-jitsu, etc.
- b) De colaboración: Remo (yol, outrigger, esquife o lancha de dos); yatching binario; ciclismo en tándem, etc.

Deportes colectivos:

- a) De competencia:
Foot-ball, de todas clases: base-ball; cricket; polo; basket-ball; lucha a cuerda, etc.
- b) De colaboración:
Excursionismo; alpinismo; pesca en mar (con red) o caza en selva

De acuerdo con esta clasificación vemos que en la práctica de la gimnasia y los juegos deportivos pueden obtenerse diversos propósitos íntimamente relacionados con la corrección de alteraciones fundamentales de la estructura caracterológica individual. Así, los deportes individuales pueden ser útiles para aumentar el coeficiente de autoseguridad, autosuficiencia y autoconfianza en los casos en que su disminución se base en la autoscopia de una inferioridad física, vital o reaccional, desencadenante de la clásica «peur de l'action» (Pierre Janet) o de sentimientos de tipo hipocóndrico.

Los deportes binarios pueden servir de estación de tránsito entre los individuales y los colectivos cuando se trata de conseguir una paulatina readaptación social de un sufriente. En ellos la relación puede establecerse en las siguientes formas: Yo contra Ti y Tú contra Mí (relación competitiva, de rivalidad o estimulante de la agresividad); Yo y Tú, paralelamente, contra un «algo» (relación *emulativa*, efectora y derivante de la agresividad); Yo contigo y Tú conmigo, venciendo conjuntamente dificultades y cooperando mutuamente en el logro de un mismo fin (relación *coadyuvante*, es decir, colaborante).

Ejemplos de la primera modalidad -a emplear en los casos en los que convenga aumentar el coeficiente de agresividad liberada-hallamos, principalmente, los deportes binarios de balón (tennis, ping-pong, medicine ball, etc.)- Su práctica ofrece, además de las ventajas de todo ejercicio físico completo, las siguientes oportunidades, de gran interés para el psicoterapeuta: a) estudio del carácter del sujeto «en movimiento» (cómo reacciona ante el éxito o el fracaso; tendencia a la autoacusación o a la proyección; propensión a la polémica o a la aceptación de los «tantos» adversos, etc.); b) posibilidad de precipitar el potencial neuropsíquico hacia las vías efectoras (ya que la vivacidad del juego le obliga a *decisiones* rápidas); c) aumento del *coraje*, manifestado en el mayor empeño por salvar las pelotas «difíciles». Será fácil ver cómo el paciente juega al principio con rigidez y desánimo, pero mediante la psicoterapia realizada *durante* el juego por su «partenaire» se elastiza y dinamiza, adquiriendo la fluidez y la plasticidad psicomotriz que han de ser la base de su agilidad de pensamiento y de su nueva «alegría existencial», autoafirmadora y expansiva de los límites de su personalidad.

Deportes de la segunda y tercera modalidad son, por ejemplo, todos los que buscan el logro, en cooperación, de una lejana y poco accesible meta: excursionismo en todas sus formas y carreras de relevos. La diferencia entre unos y otros radica en que en los *emulativos* el equipo binario actúa sucesiva e independientemente, sumándose y restándose los esfuerzos de sus componentes, mientras en los *cooperativos* el esfuerzo es simultáneo y ha de integrarse y confundirse *anónimamente* en el resultado. Tipo del primer género es, por ejemplo, el juego de «parejas» en el tennis o el yachting de dos; tipo del segundo género es, en cambio, el remo en yola, o en outrigger a dos o el ciclismo en «tándem», pues en este caso la embarcación o la bicicleta se mueve sin que sea posible acertar la parte de esfuerzo realizada por cada uno de sus propulsores, mientras que en los casos anteriores siempre es posible ver cuál de ellos es más apto.

Desde luego, el ideal del psicoterapeuta ha de ser llevar al psicópata al deporte colectivo, en el que el trabajo en «equipo» sea obligatorio y requiera por consiguiente una perfecta fusión e integración del elemento individual en la superestructura funcional del «grupo». En este aspecto resulta verdaderamente sorprendente cuan poco se aprovechan todavía, en Latinoamérica, los enormes

beneficios que la constitución de «teams» psicopáticos (frecuentemente rotados e intercambiados con sujetos normales) pueden tener en la reforma del carácter y en el desarrollo de la sociabilidad, así como en la corrección de prejuicios, sentimientos hipocondríacos, fobias, etc., del gran ejército de seres angustiados, preocupados, tímidos y desalentados que constituyen el lastre social y la base de la clientela de casi todas las especialidades.

LUDOTERAPIA

La gimnasia deportiva y los juegos deportivos tienen, como único inconveniente en la práctica, el que no pueden aplicarse a los enfermos en «el juego» ni a los que, por su fatigabilidad rápida, por lesiones pulmonares o circulatorias o por defectos del aparato locomotor es imposible «movilizar» físicamente en la medida requerida para su uso. De otra parte, la misma actividad que entraña todo deporte requiere, casi siempre, el desplazamiento del sujeto a cierta distancia de su habitual residencia y ello no siempre es factible. En cambio los juegos denominados de «salón» son compatibles con el sedentarismo más absoluto y no dejan de ser aprovechables en la lucha contra el sufrimiento. Como hicimos con los deportes, vamos a ver cuál es el material de que dispone el psicoterapeuta en este aspecto y qué criterio ha de seguir para su empleo.

A *grosso modo* podemos clasificar los juegos que ahora nos ocupan en estas subclases: a) individuales; b) binarios; c) colectivos (desde el punto de vista de la relación social). 1º de *azar*; 2º de *cálculo*; 3º de *destreza*; 4º de *engaño*.

Los juegos individuales más corrientes son los denominados «solitarios», hechos a base de cartas, los «rompecabezas» (charadas, jeroglíficos, palabras cruzadas, fugas de vocales, puzzles de cartón, madera o alambres, etc., etc.) y, también, algunos juegos de precisión y destreza: billar japonés, la bolita imantada, el golf de mesa, etc.

Entre los juegos binarios y los colectivos hay -lo mismo que en los deportivos- la posibilidad de hacerlos emulativos, competitivos o cooperativos (siendo oponentes los elementos de la pareja o jugando en común contra otras parejas o coadyuvando todos a la obtención de un resultado común). Veamos ahora, desde el punto de vista de sus técnicas y propósitos, qué resultados pueden obtenerse con ellos:

a) *Juegos de azar.*

Desde la aduana, la lotería, el juego de la oca hasta el 30 y 40 o el baccará puede decirse que esta clase de juegos es la menos conveniente para obtener con ella algo más que una momentánea desviación del interés del enfermo. Por el mismo hecho de la pasividad en la espera del resultado propenden tales juegos a resultar aburridos si no se arriesga en ellos un interés económico; esto entraña un peligro de desmoralización y, además, crea en muchos de los jugadores una ansiedad que puede transformarse en un elemento complicante («la denominada neurosis de espectación»). Sin embargo, en algunos casos habrá de recurrirse a ellos si a su través se descarga un potencial libidinoso que derivaría hacia actos peores.

b) *Juegos de cálculo.*

Son perfectos para empezar a movilizar las funciones intelectuales en la convalecencia de diversas somatosis y psicosis, cuando todavía el sujeto no se halla en condiciones de reemprender su actividad profesional. Son, asimismo, excelentes derivativos en los enfermos con tendencia a los síntomas compulsivos y obsesivos. El ajedrez, las damas, el dominó, el bridge, el tresillo, etc., no solamente distraen sino que llevan a una gimnasia mental muy conveniente para evitar la imperceptible pérdida de agilidad mental que se instala en los casos de sufrimiento crónico, cualesquiera sea su origen. No hay que temer el ridículo prejuicio de que «se canse la cabeza» con ellos, pues la fatiga psíquica sobreviene mucho más por el gasto energético que acompaña a las vivencias de enfermedad que por el que pueda entrañar un trabajo intelectual «neutro», esto es, desprovisto de carga afectivoemocional. Claro es, no obstante, que el psicoterapeuta habrá de graduar, de acuerdo con las particularidades y gustos individuales, el tipo y la duración de esta clase de actividad en el plan horario del enfermo.

c) *Juegos de destreza.*

Constituyen un complemento obligado de las anteriores, capaz de ser usado cuando se puede permitir al enfermo levantarse. En

ellos se trata casi siempre de obtener una buena combinación de movimientos braquiales o digitales que permiten obtener un determinado *efecto mecánico*; casi todos ellos pueden jugarse individual o colectivamente, en forma competitiva o cooperativa. Para los casos en los que convenga iniciar al sujeto en una actividad psicomotriz y su estado le impida dar a ésta el carácter de gimnasia o deporte, tales juegos son evidentemente útiles, pues demandan un esfuerzo mínimo y pueden realizarse en una habitación. Como más recomendables, además de los ya citados, podemos señalar: el yo-yo, los de ensartado de anillas, el diávolo y, especialmente, el de «dardos».

Estos juegos son de singular interés para reeducar a los enfermos impacientes, inestables, impulsivos y desordenados ya que les obligan a someterse a un ritmo y a graduar y seriar debidamente sus movimientos.

d) Juegos de engaño.

También denominados de «cacha» o «truco», casi todos se hacen a base de cartas y tienen sobre los de azar la ventaja de liberar los impulsos de ficción del sujeto y permitirle, así, regresar a un modo de satisfacción infantil. Además, proporcionan excelente material para su estudio caracterológico, por lo que el psicoterapeuta no ha de desdeñar el formar parte de la ronda, con el fin de observar a su enfermo en condiciones mucho más espontáneas y naturales que cuando se encuentra de visita profesional. El antiguo dicho de que en la mesa y en el juego se descubre al caballero, podría ahora formularse, más limitadamente, en esta forma: en los juegos de engaño se descubre el carácter. El placer que experimenta el «cachador» cuando triunfa en su plan es inexpresable, pues corresponde a la satisfacción de haber demostrado a la vez su audacia, su capacidad de disimulo y de «dominio psicológico»; todo ello se traduce en una explosión de risa y en una vivencia de triunfo inobservables cuando el resultado se ha conseguido mediante un esfuerzo o por la posesión de aptitudes físicas, naturales.

LUDOTERAPIA PASIVA O «ESPECTACULAR»

En los juegos y ejercicios hasta ahora descritos el enfermo es parte activa o autora; pero también existe la posibilidad de pro-

porcionarle un goce con la simple visión o audición de actividades ficticias -lúdricas- más o menos espectaculares, que le permiten disfrutar y distraerse a base de realizar una identificación imaginativa con alguno o algunos de sus autores o con la situación representada. A esta variedad corresponden singularmente la «kinoterapia» (terapia por medio del cinematógrafo) y la «espectoterapia» de matches y manifestaciones deportivas, representaciones teatrales, audiciones radiofónicas, etc., etc.

En este aspecto cabe afirmar que las posibilidades psicoterápicas del cinematógrafo no han sido suficientemente apreciadas por la mayoría de los psicoterapeutas actuales. Cada Sanatorio o Clínica Psicoterápica habría de tener una kinoteca o cinoteca bien provista y organizar periódicamente sesiones de films psicoterápicos. La influencia que una película puede ejercer -en sentido favorable o adverso- sobre un Ser que sufre o que lucha es enorme. Apenas si algunos psicoterapeutas se dan cuenta de la importancia que tiene la selección del *material* de lectura conveniente para sus enfermos, pero no conocemos ni un solo trabajo referente a la necesidad de disponer una buena selección de films para coadyuvar a los fines de la psicoterapia. Y en cambio sabemos, por experiencia, de los efectos devastadores que algunas películas han ejercido sobre personas predispuestas. En general puede afirmarse que apenas si existe alguien que sea insensible al encanto de algunas películas de Walt Disney, a la acción dinamizante de algunas interpretaciones de Paul Muni o de Wallace Beery, a la influencia psicagógica de films como «Adiós Mr. Chips», «Con los brazos abiertos», «Con toda el alma», al efecto sedante y detergente de comedias como las habitualmente interpretadas por Melvyn Douglas, Rosalind Russell, Virginia Bruce, J. Oakie, Roland Young, Donald Meek, Billie Burke, Eddie Cantor, etc., etc.

El cinematógrafo ha llegado a alcanzar tal «wirkungseffekt» en la estructuración de la mentalidad y los hábitos de la población media que no es exagerado considerarlo como el más efectivo de los recursos psicológicos de que puede valerse el Estado para la formación de la Conciencia o la Cultura Nacionales. Desgraciadamente el denominado «Cine Educativo» es de una insulsez y unaprovecha extraordinarias y en cuanto a los films realizados con propósito de divulgación médica o de higiene mental, a base de recursos locales y limitados son, en su inmensa mayoría, inaprovechables. Correspondería al Comité Norteamericano de Higiene Mental el

reclamar su intervención en la producción de argumentos o, cuando menos, crear -con la ayuda de los mejores psicoterapeutas y psiquiatras- los guiones de algunos nuevos films de este tipo, que habrían de ser hechos con todos los recursos de que dispone Hollywood y servirían para una Psicoterapia Social o Colectiva de gran envergadura. En tanto esto no se realice, cabe a cada psicoterapeuta anotar los films adecuados para cada tipo de enfermo, al igual que lo hace con las novelas o libros de lectura.

LABORTERAPIA O ERGOTERAPIA

Es un hecho evidente que toda persona que se siente enferma, cualesquiera que sea la modalidad de su trastorno, propende a disminuir o, cuando menos, a alterar su rendimiento en el trabajo que le es habitual. Excepto algunos casos en los que las exigencias económicas, ligadas a una extraordinaria fuerza de voluntad, obligan al sufriente a no modificar su régimen de vida, lo corriente es que el psicoterapeuta sea llamado a actuar en sujetos cuyo trabajo profesional es nulo o deficiente. La idea de «descansar» o «reposar» para dedicar todas sus fuerzas a curarse es tan general que no se limita a los casos en que realmente la enfermedad imposibilita el esfuerzo sino se extiende también a aquellos en los que sería perfectamente compatible con su tratamiento un trabajo bien elegido y graduado. Una afirmación un tanto audaz nos parece posible formular, a base de nuestra experiencia: *son peores los efectos psíquicos de una holganza innecesaria que los de un trabajo persistente*. Un gran número de personas sufre, es cierto, conflictos y trastornos provocados, aparentemente, por «excesos» de trabajo, pero una investigación cuidadosa pondrá siempre de manifiesto en ellas que precisamente tales «excesos» no eran causa sino efecto de las situaciones ambientales o de los dispositivos caracterológicos que en realidad son responsables de su malestar.

De aquí que al emplear la laborterapia con fines *coadyuvantes* en el plan psicoterápico sea necesario, muy a menudo, cambiar el tipo de trabajo a realizar por el sujeto. Una orientación o reorientación vocacional es, en este aspecto imprescindible: si para obtener una finalidad económica hay que prescribir el trabajo en el que se es más apto, para conseguir una finalidad terapéutica hay que buscar la tarea que resulte más grata y, además, contribuya

mejor a restablecer los aspectos funcionales más comprometidos por el proceso morboso en evolución. Ciertamente no es fácil conciliar la *vocación* (causa del goce) y la *adecuación* (causa del beneficio) en laborterapia; de aquí que esta técnica esté constituyendo una subespecialidad en el campo psicoterápico, sobre todo a partir del considerable avance que la ha imprimido Hermann Simón, médico director del establecimiento psiquiátrico de Gutersloh.

El mérito principal de este autor no ha consistido en hacer ver los beneficios de la laborterapia sino en conseguir aplicarlos a un número tal de enfermos (en los que parecía imposible, *a priori*) que ha invalidado todas las objeciones de carácter práctico y social que pudiesen serle formuladas.

En efecto, operando con pacientes afectos de severos trastornos mentales, deficientemente orientados, confusos e intensamente alucinados, con apatía y estados vecinos al estupor, o con enfermos agitados, irritables, indisciplinados y peligrosos, Simón consiguió adaptarlos a ritmos de trabajo convenientemente graduados y elegidos, observándose en todos ellos un efecto por demás beneficioso en su esfera psíquica: pronto su establecimiento psiquiátrico quedó convertido en un Instituto Politécnico, en donde hasta las ruinas humanas resultantes de antiguos procesos demenciales hallaban el medio de reincorporarse a la vida social y productiva, produciéndose en ellas una verdadera re-menciación.

Los éxitos de la laborterapia se extendieron pronto al enorme campo de las psicopatías, las psiconeurosis y las desviaciones de la conducta: los Sanatorios, los reformatorios, las cárceles y, en general, todos los centros de *readaptación humana* han implantado el trabajo como elemento de reajuste y, recientemente, empieza a introducirse también en las Clínicas y Hospitales de enfermedades corporales. Conviene, sin embargo, señalar, que no todo el trabajo realizado en tales centros merece el nombre de «terapéutico»: amparándose en el fundamento científico de la laborterapia (*adaptar el trabajo al hombre para readaptar el hombre a la Sociedad*) no son pocos los establecimientos en que se la evoca para fines de lucro inaceptables (tal sucede en los casos de la llamada «redención por el trabajo»). Hay por ello que dejar sentado que la laborterapia no puede producir beneficio económico siendo, al revés, un recurso terapéutico costoso, pues exige un gasto de material y de personal que difícilmente puede ser compensado por el producto elaborado, pero en cambio rinde un extraordinario *beneficio psicossomáti-*

co y, en definitiva, se recupera la inicial pérdida crematística con el acortamiento de la duración del trastorno.

Simón distingue cinco niveles de trabajo: en el más sencillo o inferior de ellos coloca los de limpieza doméstica, traslado de objetos, deshilachado o desflechado de trapos, doblaje de papeles, y otras tareas mecánicas automatizables (pegar sellos, llenar cucuruchos, etc.); asimismo se incluyen en este grupo los más sencillos trabajos agrícolas (siempre de semillas, espurgado de hojas secas, etc.). En el *segundo grado* se encuentran los trabajos mecánicos que requieren cierta concentración atenta y vivacidad: cuidado y controlado de aves de corral, lavado de ropa, cestería, pequeñas labores auxiliares culinarias. He costura, de planchado, planaje de horticultura y jardinería, etc. En el *tercer grado* se comprenden los pequeños trabajos industriales: fabricación de cajas de cartón, de cigarrillos, etc., los de acarreo sistemático y distribución de productos alimenticios, panadería, etc., para los que precisa ya la conservación de un nivel normal de inteligencia. En el *cuarto grado* coloca Simón las labores que exigen una buena atención, comprensión y una capacidad de reflexión casi normales, como, por ejemplo, las de realización independiente (es decir, no controlada) de las tareas incluidas en el segundo grado, el trabajo de oficinas (parte automática o de escasa responsabilidad), pequeños oficios, tales como los de tapicería, encuademación, sastrería, lampistería, etc., y las tareas agrícolas que ofrecen mayor dificultad. Finalmente, en el *quinto grado* coloca los trabajos regulares e independientes que son propios de los adultos normales cuyo nivel cultural es parecido al del enfermo, siempre que éste posea una profesión de nivel medio.

Nuestra práctica nos demuestra que un modo fácil de interesar a los pacientes en el trabajo consiste -si poseen un mínimo de cultura- en hacerles colaborar en actividades relacionadas con la Medicina y, a ser posible, con el tipo de enfermedad o de trastorno del que ellos se quejan. Así, por ejemplo, tratándose de psiconeuróticos será fácil hacerles copiar artículos acerca de la estructura de las neurosis o acerca del tratamiento de los síndromes psicopáticos; si se ha de interesar en el trabajo a enfermos somáticos, también se podrá hacerles estudiar y colaborar en tareas de laboratorio, de construcción de pequeños dispositivos o aparatos relacionados con su enfermedad o con la profilaxis de trastornos semejantes, etc. Si esto no es posible, cabe estimularles a que

construyan o realicen algo con que poder obsequiar a algún familiar o ser querido, o mostrar su gratitud a quien en su desvalimiento se ha mostrado comprensivo y generoso. En suma: hay que procurar vencer la inicial repugnancia del sufriente a reanudar su vida activa o a realizar algo que le parezca ajeno a la solución de su problema central. Esto, claro es, se conseguirá mucho mejor cuando se organiza el trabajo colectivo, o en pequeños grupos, bien sea en Sanatorios, bien sea en un gabinete ergoterápico anexo al consultorio del psicoterapeuta.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL
Y NECESIDAD DE SU FORMULACIÓN CIENTÍFICA EN EL PLAN
TERÁPICO GENERAL

Todos los procedimientos de activación, dinamización y distribución planificada de las energías mentales y musculares que han sido enumerados en este capítulo constituyen, en conjunto, cuando son científicamente empleados, la denominada «Terapéutica Ocupacional» que, a su vez, ha de ser la base del «plan de vida» del enfermo.

Fácilmente se alcanza que ese plan habrá de ser muy frecuentemente modificado, en la medida en que su estado mejore y se encamine hacia la normalidad, mas nunca será alterado el criterio en que se fundamenta, si éste ha sido elaborado tras un cuidadoso estudio de su personalidad y de su ambiente y tras una exacta valoración de sus aptitudes y capacidades somatopsíquicas.

Cuando tales requerimientos han sido cumplidos puede afirmarse que la terapia ocupacional no tiene contraindicaciones, ya que puede variar desde la más elemental y simple tarea de atender o contemplar variaciones del paisaje sensorial hasta las más complejas faenas intelectuales. El único inconveniente que cabe asignársele es, precisamente, el de contribuir a dar una falsa impresión de normalidad: los enfermos llegan a desarrollar un rendimiento aceptable en sus tareas y se adaptan *aparentemente* al plan horario, pero siguen rumiando sus ideas morbosas, de suerte que se produce una especie de tabicamiento en la actividad personal, normalizándose la conducta explícita o interna en tanto sigue, más o menos encapsulado pero activo, el proceso mental patológico que súbitamente puede conducir a un suicidio, a una fuga o a un acto delictivo.

No obstante, el número de fracasos observados tras de estas altas precoces e indebidamente no es superior en los establecimientos que practican la terapia ocupacional que en los que no la tienen establecida. De aquí que no quepa temer demasiado este peligro; mucho menos habrá que considerarlo si, como corresponde hacer, el psicoterapeuta no descuida el análisis psicológico del caso y establece después su psicosisíntesis, a base del replanteamiento de un plan de vida que ya no sirva para curarlo sino para mantenerlo en la normalidad.

Otro posible inconveniente de la terapia ocupacional puede ser la habituación del sujeto al ritmo artificial de su nueva vida de en-

sano: en efecto, son bastantes los casos en los que los sujetos internados en Sanatorios o Establecimientos bien organizados se niegan a ser dados de alta e incluso simulan o producen brotes de empeoramiento cuando prevén que van a ser reincorporados a la vida social.

Expresado en otros términos: conviene no exagerar demasiado las ventajas de vivir enfermo para que el paciente no quiera luego vivir *como* enfermo; cuanto más desagradable le resulte el período de su desadaptación más colaborará para lograr su readaptación. Esto es, sobre todo, válido para las neurosis en donde como es sabido todas las escuelas coinciden en afirmar que existe un más o menos subconsciente propósito de obtener un beneficio o ventaja con el trastorno (el enfermo neurótico tiene una actitud ambivalente: se queja y al propio tiempo desea seguir estando así). Por ello, en los casos en que se observa una resistencia al paulatino cambio hacia la vida normal puede *ser* útil una acción coercitiva psicagógica o inclusive, una terapia de choque (preferentemente cardiazólica o insulínica) que, ahora, no tendrá un carácter sistemático ni propenderá a obrar sobre el substratum biológico sino, simplemente, una finalidad coadyuvante del plan psicoterápico.

BIBLIOGRAFÍA

- PH. TISSIÉ: *L'éducation Physique*. Librería Larousse. París.
H. SIMÓN: *Laborterapia*. Ed. Selvat. 1935.
HOFFMAN, F: *Physical Therapy*. Amere. J. of Psych. 1934.
F. GORRJI: *Psicolaborterapia*. La Semana Médica. 1940.

A. REY: *Organización de la Terapéutica ocupacional*. Arch. Neurobiología. 1932.

GIESE: *Geist im Sport*. Munchen. 1925.

PETER: *Psychologie des Sports*. Leipzig. 1927.

O. KAUDER: *Psychische Hygiene und Sport*, en el Hdbch. der Psych. Hyg. de Stransky. Berlín. 1931.

V: También la excelente Revista Argentina Kinesiología, en donde se recogen los trabajos de la Asociación Médica de Kinesiología que preside el Dr. O. C. Fernández.

CAPITULO XII

Psicoterapia especial. Actitud psicoterápica a observar frente al enfermo somático. La vivencia de enfermedad en los trastornos lesionales;

terapia de los enfermos cardíacos. Psicoterapia de los enfermos vasculares. Psicoterapia de los alérgicos.

Vistas ya en los capítulos precedentes las bases generales de la Psicoterapia y descritos los principales sistemas y métodos psicoterápicos, corresponde ahora enfocar con más concreción la conducta a seguir frente a los distintos tipos de enfermos que pueden solicitar la ayuda del psicoterapeuta. Nos parece oportuno empezar precisamente por aquellos que hasta ahora han sido tributarios de la acción de) médico general o del especialista somático, pues sobre ser los más comunes son los que menos han podido gozar de los beneficios de una psicoterapia científica.

Antes será preciso, sin embargo, delimitar los objetivos que ésta ha de proponerse y aclarar cuál ha de ser la actitud general del psicoterapeuta frente al enfermo somático. Teniendo en cuenta la actual orientación integral -psicosomática- de la Medicina, 'nos parece innecesario en este caso descomponer al sujeto en dos sectores, cada uno de los cuales va a ser tratado por un médico distinto. Lo natural es que la dirección y la ejecución de todo el tratamiento corresponda al facultativo que mejor conozca su proceso morboso y, siendo éste de naturaleza corporal, la psicoterapia pasará a ser un coadyuvante imprescindible, mas no el elemento esencial del tratamiento.

Esto quiere decir que podrá y deberá ser manejada por el somatólogo, limitándose en todo caso la intervención del especialista psicoterapeuta a intervenir en consulta y señalar los grandes alineamientos o resolver las dudas que puedan surgir en la aplicación

del plan general (teniendo en cuenta las particularidades de la personalidad enferma y de su ambiente vital).

LA ACTITUD PSICOTERÁPICA FRENTE AL ENFERMO SOMÁTICO

Ha de ser norma de todo médico llamado a visitar un enfermo somático la de no permitir que éste adquiriera una prospección pesimista respecto al curso de su enfermedad. Mas para esto será necesario conocer, en primer término, cuál es la concepción que él se ha formado de la misma y, en segundo lugar, darle el mayor número de datos exactos respecto a ella que sean compatibles con una fe en la curación. *Deben ocultarse las verdades deprimentes o contraproducentes pero no deben fabricarse mentiras ni ilusiones que tarde o temprano se vendrán abajo con estrépito y harán al enfermo desconfiado y escéptico respecto a cuanto ulteriormente le sea dicho por el médico.* Ni demasiada reserva ni explicaciones inútiles o alambicadas, ni optimismo irreflexivo ni dudas o vacilaciones pronosticas, ni mucho menos, engaños pueriles o alarmas y pesimismo. La misión debe ser: decir al enfermo «la verdad que necesita saber para tener una prospección (juicio acerca del futuro) que propulse regularmente el curso favorable de su trastorno». Esta verdad ha de contener el máximo de datos ciertos compatible con la fe en su curación, contando -desde luego- con que todo enfermo trata de obtener información secundaria de otras fuentes (amigos, libros, ex enfermos, etc.), que le parezcan fidedignas.

Fundamentalmente precisa inyectar al enfermo la actitud de que no debe ocuparse ni menos preocuparse en su autoobservación más que en la medida necesaria para ayudar al trabajo del médico que es a quien compete estudiar y vigilar su caso. En cambio, sí ha de seguir sin reservas y con la debida atención, todo el plan terapéutico, no sólo en cuanto este comporte de medicación sino en cuanto tenga de normativo para su vida (empleo racional de su tiempo mórbido).

Aquí como también en las psicosis hay que procurar obtener la máxima distanciaci3n posible del sujeto y sus sntomas, o sea, lograr que llegue a sentirse *espectador y observador* en vez de *autor y sufridor* de ellos. Para objetivar la vivencia de enfermedad lo mejor es entrenar al sujeto en su an3lisis y valoraci3n con arreglo a un criterio sistem3tico: cada tres horas, como quien se aplica el ter-

mómetro o se toma el pulso, dirigirá su atención a introspeccionar las alteraciones de su sentimiento existencial y de su cenestesia corporal, procurando aislar, en el conjunto, las notas sensitivoaffectivas que lo integran. A cada una de ellas le será atribuido un grado de intensidad, con arreglo a una escala de 1 a 10, de suerte que 5 sea el promedio que exprese el valor habitual de presentación expectable del síntoma. Entonces, en vez de expresarse el enfermo ante el médico con frases como éstas: Doctor, estoy muy mal, no me puedo sentir peor, me encuentro tan mal que creo ya no se puede sufrir más, etc., etc., le dirá: Doctor: a las 10 de la mañana mi estado era: a) Dolor de cabeza, de intensidad 7 en la sien izquierda. 6 en la sien derecha y 4 en el resto del cráneo, b) Sensación de ahogo, de intensidad 5; c) malestar y frialdad en los pies y en la porción inferior de la pierna derecha, de intensidad 3: etc., etc. Con ello se consigue, no solamente ganar en la precisión descrita de los síntomas subjetivos sino lo que es más importante, *salvar el núcleo yoico del área de sufrimiento* -dentro, claro es- de lo relativo que resulta este propósito.

El análisis de la distribución *topográfica y horaria* de los síntomas permite hacerse cargo de cuáles son las regiones y funciones individuales que conservan una relativa, o absoluta, normalidad y de aquí puede derivarse una *distribución racional de las actividades del enfermo*. En efecto, cualesquiera que sea su trastorno -a excepción de los casos de septicemia hiperpirética o hipertóxica, que ataca también la esfera psíquica- es siempre factible conseguir de los pacientes somáticos mayor rendimiento del que habitualmente dan. La debida sucesión de los períodos de trabajo, distracción y reposo permite mantener en buen nivel su ánimo y su confianza, sin hacerles correr los peligros de un aburrimiento, de una preocupación o de una fatiga excesivos.

De aquí que la tendencia de los psicólogos adscritos a los servicios de Medicina y Cirugía en los hospitales generales sea la de introducir en el régimen de estos centros los mismos principios de terapia ocupacional y de ludo o ludroterapia que se han revelado como efectivos para el tratamiento de los enfermos mentales.

Ello resulta tanto más fácil cuanto que, como ya hemos señalado en otros lugares, es sorprendente la escasa repercusión vivencial que alcanzan muchos trastornos somáticos. Schilder ha sido el primero en llamar la atención acerca de este mecanismo *auto-compensador* en virtud del cual el psiquismo individual logra esco-

tomizar de su campo las impresiones morbosas: incluso en graves enfermedades cerebrales puede llegar a faltar el sufrimiento; de aquí que cuando un enfermo somático de menor gravedad acuse un exagerado malestar anímico y altere totalmente su conducta quepa sospechar que el trastorno corporal -innegable- le sirve ahora de *medio de expresión* o de *descarga* de conflictos, tendencias o propósitos preexistentes y reprimidos por la inhibición cortical. Al ahora disminuir el biotono, tales actos psíquicos potenciales se liberan y actualizan -como ocurre en el sueño- y hallan un cómodo y fácil «locus minore resistentiae» en el órgano o aparato enfermo, el cual se convierte así en una especie de «lengua visceral» a través de la cual se desvela no sólo el proceso morboso que lo ataca sino *toda la personalidad* del enfermo. De aquí que por muy orgánico, lesional o aparente que sea el proceso morboso *local* el médico -y sobre todo el psicoterapeuta- haya siempre de tener en cuenta que en la valoración de su sintomatología (no sólo subjetiva sino también objetiva) interviene *siempre* un factor psicoindividual que es capaz de atenuarla hasta anularla, a veces, y de exagerarla o deformarla hasta inducir a un error diagnóstico, otros.

Dejando aparte, ahora, las molestias y sufrimientos que constituyen la denominada «vivencia de enfermedad», hay, por regla general, tres órdenes de causas que preocupan o angustian al paciente somático y que el psicoterapeuta ha de tener muy en cuenta: a) las derivadas de su situación económica y profesional; b) las derivadas de su situación familiar y social; c) las derivadas de su situación afectivos sexual.

Las primeras, íntimamente ligadas a la prospección de la gravedad y duración del trastorno, hacen referencia a la incertidumbre o el temor acerca de la pérdida del trabajo, el desequilibrio del presupuesto o la invalidez ulterior que entrañe un desquiciamiento y una perturbación definitiva del *nivel de vida* que el sujeto necesita o apetece.

Las segundas son más intensas en su actuación cuando la enfermedad ha estallado inesperadamente y ha obligado al paciente a suspender de un modo total sus relaciones y actividades habituales. Es evidente que el sexo masculino es el más expuesto a sufrir su influjo, mas no ha de excluirse la posibilidad de que la brusca interrupción de un «modus vivendi» plantee también problemas delicados, de tipo sentimental, a las personas del sexo femenino.

Por ello, cualesquiera sea la naturaleza del trastorno, el médico que sea psicoterapeuta hará bien en reclamar quedarse sólo con el enfermo y preguntarle si *tiene algún encargo confidencial* para formularle, relacionado con su familia o con algún compromiso u obligación exterior (secreta). Asimismo habrá de estudiar la constelación afectiva recíproca que liga al paciente con las personas que conviven con él en el hogar para decidir cuáles son las que han de atenderle, qué visitas han de serle permitidas, etc. No se olvide que toda emoción deprimente, todo disgusto o decepción ejercen una influencia malévolamente sobre el curso de cualquier enfermedad, por lo tanto el psicoterapeuta ha de esforzarse en preparar la vida del enfermo somático de tal manera que *este pudiese sentirse enteramente feliz a no ser por sus molestias físicas*.

En el tercer grupo de causas complicantes de la evolución de las somatosis hallamos las referentes a la vida sexual propiamente dicha; son raros, en efecto, los casos en los que la actividad genital usual no sufre modificación -espontánea o impuesta- en el curso de una enfermedad corporal; hay en este aspecto multitud de prejuicios: por parte del enfermo, el temor a las consecuencias del «gasto» que, desde el punto de vista energético, entraña el acto sexual; por parte del cónyuge, una cierta repulsión a realizarlo con un Ser en desvalimiento biológico. Y por parte del médico, en general, una tendencia a considerar que la «excitación» genésica puede ser perjudicial -como si la insatisfacción del impulso sexual no crease, a su vez, otras excitaciones peores. De aquí se deduce la necesidad de que el psicoterapeuta inquiete acerca de los hábitos sexuales precedentes en el enfermo y trate, en lo posible, de conseguir proporcionar a éste la máxima conservación de aquellos, compatible con su actual proceso morboso.

LA VIVENCIA DE ENFERMEDAD EN LOS TRASTORNOS LESIONALES; PAPEL DE LA PROSPECCIÓN EN EL CURSO DE LAS SOMATOSIS CRÓNICAS

Ya hemos señalado en otros lugares el hecho paradójico de que con frecuencia las lesiones somáticas se acusan con menor intensidad en la conciencia del sujeto que los trastornos funcionales. No se trata solamente de la corriente afirmación de los psiconeuróticos que dicen: «preferiría cien veces tener una pulmonía, un tifus o un hueso roto a sufrir este malestar»: lo cierto es que los más

graves traumatismos y las infecciones más peligrosas pueden evolucionar sin graves repercusiones en la vivencia existencial, según han demostrado las investigaciones de Paul Schilder. Incluso puede ocurrir que hallándose severamente lesionado el órgano que parece ser el principal responsable de tal vivencia (el encéfalo) el sujeto se sienta «mejor que nunca» y se crea portador de una salud y de una fuerza inagotables. En efecto, los estados de «moria», del «megalomanía» y de «elación» son típicos en neoplasias frontales, en la parálisis general y en otras encefalitis. Schilder habla de una autocompensación en el seno de la individualidad: parece como si el aparato psíquico se esforzase en escotomizar o eliminar la amenaza que pesa sobre el individuo, concentrando sus reservas en la creación de un sentimiento vital contrario al que emerge del área corporal de la misma (en otros términos: la «barrera de defensa con que el Todo se protegería contra una lesión de una de sus partes consistiría en retirar de ella su energía y reestructurar su actividad volcándola en el plano de la ficción imaginativa; se trataría, pues, de un autismo intrapsíquico, o sea, del refugio de todo el psiquismo en el área imaginativa, creándose en su seno un activo desinterés y una sabia ignorancia de cuanta nota sensorial, visceral o gnóstica pueda perturbar los efectos de amputar la inmediata realidad corporal). El sujeto *no quiere saberse ni sentirse enfermo*, o sea, se esfuerza en no dar cabida a la vivencia de su trastorno y para ello se lanza a soñar activamente.

Por desgracia, no siempre esta magnífica autocompensación es efectiva y son muchos los casos en los que el proceso lesional, tanto si es de tipo inflamatorio como degenerativo, da origen a síntomas álgicos o angustiosos cuya violencia es incompatible con toda tentativa de conservar la paz psíquica. Entonces el médico ha de procurar reducir el sufrimiento al *mínimum* y ha de acostumbrar al enfermo a que se coloque en una actitud «objetiva» -expectante- ante sus malestares.

Para ello puede utilizar las normas que hemos dado antes, referentes al autoanálisis vivencial y, también, el empleo racional de la autosugestión y de la terapia ocupacional (que evita el «encharcamiento» del campo de conciencia, con la consiguiente fijación de los dolores y malestares).

Mucho más importante, empero, que el control de la vivencia de enfermedad es el asegurar en el sujeto una prospección agradable respecto a su curso, o sea, crear en él el convencimiento de que

va a sanarse, cualesquiera sean sus actuales signos de enfermedad y los ejemplos o conocimientos que tenga de casos análogos, de evolución desfavorable.

Acercas de este particular hay que tener en cuenta que una gran mayoría de personas es mucho más influenciada por el juicio analógico que por el juicio lógico; de aquí que, en vez de perderse en razonamientos respecto a los factores de la evolución morbosa, sea lo más conveniente aducir al enfermo el ejemplo de casos concretos curados. Todo médico habría de conservar un archivo de ex-pacientes que se prestasen a colaborar con él para la animación de los nuevos enfermos de su mismo tipo. Nada levanta tanto la confianza de una persona como el darse cuenta que otra -nrrnfana- sufrió lo mismo que ella, le cuenta idénticos síntomas y le anticipa las fases de su restablecimiento, tal como fueron vividas. Por el contrario, nada le deprime tanto como el recuerdo de una terminación desfavorable en tal o cual caso de familia o de amistad. Entonces el médico sí habrá de esforzarse en hacer resaltar las diferencias que separan al enfermo y al que eligió como paradigma para basar su prospección.

PSICOTERAPIA DE LOS ENFERMOS CARDIACOS

Correspondiendo a lo que antes hemos señalado acerca del papel autocompensador de la Psique en la conservación del equilibrio existencial individual, es un hecho admitido por casi todos los especialistas que los enfermos que más espectacularmente se quejan de molestias cardíacas no son, precisamente, los portadores de las lesiones graves de corazón sino los llamados «falsos» cardíacos.

Cierto es que Danielopolu y otros autores han embestido contra todo intento de separar los trastornos lesionales y los funcionales de este órgano, y han señalado que en los casos de crisis pseudoanginosas, de estenocardia y de neurosis cardíaca existían signos que materializaban trastornos graves en la conducción del impulso o en el metabolismo intracardiaco. Mas lo que nadie pone en duda es el hecho de que el conocimiento de que se está enfermo del corazón lleva implícito el temor a «morirse de repente» y por ello altera profundamente la actitud y los planes de vida del sujeto; éste se encuentra tranquilo solamente en la medida en que es capaz de olvidarlo, pero, por desgracia, no lo consigue fácilmente,

pues cuando tal empieza a ocurrir su familia o el médico le renuevan le angustia advirtiéndole que «no haga imprudencias». Braun, en su excelente monografía (*Herz und Angst*) ha evidenciado que el exceso de precaución y el deseo de ahorrar al cardíaco gastos de energía mecánica contribuyen casi siempre a desequilibrar su circulación y a perturbarlo más que una espontánea e instintiva autorregulación de sus esfuerzos. La tarea del médico, pues, habrá de ser hasta cierto punto inversa: convencer al enfermo de que puede permitirse una actividad bastante amplia, a condición de que la realice con ritmo y con pausas, con un plan que excluye en lo posible las dudas y la excitación derivadas de un insuficiente dominio de su técnica. No es, en efecto, un problema puramente mecánico el que ha de resolverse en el cardíaco; es, ante todo, un problema de distribución, seriación y equilibrio afectivomotor.

El reposo físico absoluto, la renuncia a determinados goces, la privación de ciertos estímulos habituales pueden ser más nociceptivos que un leve progreso en la lesión local. De otra parte, hay que enseñar a estos enfermos a relajarse y facilitar su circulación reduciendo al *mínimum* sus resistencias periféricas, es decir, luchando contra el angioespasmo o contra la paresia vasomotriz, según cual sea el tipo de la alteración neurovegetativa observada. En este aspecto, los resultados excelentes obtenidos en el autocontrol de las contracciones cardíacas por los adeptos del *Yogui* impresionaron a Laubry en su viaje a la India y no titubeó en recomendar intensamente la terapia relajadora y la autohipnosis, especialmente contra el insomnio y la disnea acompañatorios de las primeras fases de la descompensación. Por nuestra parte recomendamos por su simplicidad y efectividad los ejercicios del entrenamiento autógeno de Schultz descritos en el capítulo VII. Tan importantes, en este aspecto, resultan los destinados a lograr un ritmo cardíaco normal como los que aseguran una respiración elástica y regular, a base de una buena postura corporal.

El psicorapeuta ha de esforzarse asimismo en *lentificar el ritmo vital del ambiente inmediato*, que rodea al cardíaco, pues este inconscientemente trata de adaptarse a aquél y ello le obliga a un sobreesfuerzo. «Calma y ritmo» son los dos conceptos que han de incrustarse en la mente de quienes asisten y cuidan, indirectamente, al enfermo. Todo puede hacerse y ha de hacerse de un modo suave y fluido, sin bruscos contrastes ni desniveles de potencial afectivo o motor. Lejos de vivir en un «angustiante vacío» el car-

díaco, desde el punto de vista psicoterápico, ha de vivir en una «plácida y armónica plenitud» psíquica; él, más que nadie, ha de tener sólida y firme postura y actitud frente a los problemas materiales y espirituales que son causa de angustia en el común de los mortales. El plan de vida, siempre conveniente de discriminar con precisión en los enfermos crónicos, es aquí imperativo y ha de ser estudiado hasta en sus más mínimos detalles, pero no ha de ser impuesto al enfermo sino preparado para él en forma que tenga siempre la impresión de que es él quien lo ha descubierto. En ningún otro tipo de paciente es tan importante como en éste darle la impresión de su libertad individual.

PSICOTERAPIA DE LOS ENFERMOS VASCULARES

Dos tipos aparentemente opuestos cabe diferenciar, desde el punto de vista funcional, en estos enfermos: el del *hiperpiésico*, generalmente impulsivo, irritable, impaciente, malhumorado y quejoso de algias, ansiedad, insomnio y molestias varias de tipo sensitivoparestésico y el del *hipotenso*, casi siempre lánguido, desmayado, inseguro, sensible y falto de fuerzas.

Son relativamente recientes los trabajos de orientación psicosomática en el campo de las enfermedades del aparato circulatorio: Alexander, F. y K. Menninger Weiss y L. Saúl fueron los principales animadores del Symposium sobre hipertensión arterial organizado por la Asociación norteamericana de Medicina Psicosomática (v. nota bibliográfica al final). En él se puso de manifiesto algo que el conocimiento popular ya había intuido y los cardiólogos se esforzaban en no admitir: *la influencia del carácter sobre la hipertensión es mayor que la de la hipertensión sobre el carácter*, las emociones y disturbios, los estados pasionales y los deánimos prolongados pueden no sólo acelerar y complicar el curso de enfermedades orgánicas del aparato cardiovascular sino contribuir a la plasmación lesional en casos de simple predisposición meoprágica. Veamos, pues, la conducta general ante los dos tipos más frecuentes de enfermos vasculares.

Psicoterapia de la hipertensión

Desde antiguos tiempos es conocido el llamado «hábito apoplético» (enfermos macrospláncnicos, de cuello corto y grueso, cara

congestiva, etc.) y también es sabido el mal genio y la irritabilidad excesiva de muchos hipertensos vasculares, pero han sido las investigaciones de los autores antes citados, así como las de Dunbar y Hill las que han puesto de manifiesto que la hiperpiesia se engendra especialmente por lo que podríamos denominar una *contención permanente de impulsos agresivos*, que no son ni enteramente reprimidos ni libremente expresados. La personalidad del hipertenso es -según Alexander- aparentemente inhibida y sin embargo hostil y rencorosa: un exceso de tensión psicomotriz no descargada por las vías piramidales tiende entonces a desviarse hacia la fibra muscular lisa y da lugar a manifestaciones de espasmo gastrointestinal o de espasmo vascular; este último, al cabo del tiempo, se convierte en vasoconstricción permanente y engendra la hiperpiesis con crisis accesionales ligadas a situaciones o conflictos emocionantes.

De acuerdo con esta concepción, ante todo hipertenso se impone un psicoanálisis retrospectivo que nos permita averiguar los motivos de su actitud inicial de hostilidad. En tanto algunos de estos persistan han de ser corregidos en lo posible y, una vez realizada la psicoterapia, conviene emprender la obra pedagógica dando drenaje uniforme y útil a las pulsiones: ejercicios y juegos físicos seguidos de reposos y relajación convenientes se intercalarán en un programa de vida que conceda un lugar suficiente al trabajo y a las distracciones de tipo intelectual. Todo ello habrá de hacerse de modo que insensiblemente se vaya *lentificando* el ritmo reaccional del enfermo. Éste habrá de entrar en el dominio de la calma y de la serenidad interior no tanto por imposición facultativa ni por admoniciones de tipo moral o amenazas a su salud («No te enojés, que se te puede saltar un vaso» -es el estímulo más eficazmente hipertensor que acostumbran a emplear los familiares cuando quieren «calmar» al enfermo) como por una cuidadosa y hábil lentificación y suavización de su ambiente. Para conseguirla el psicoterapeuta habrá de eliminar de éste todos aquellos caracteres que, consciente o inconscientemente, actúen de «espinas irritativas» del sujeto: unas veces es un amigo a quien agrada la polémica; otras es un servidor torpe; otras es un familiar excesivamente viscoso. Con frecuencia conviene a estos enfermos cambiar de paisaje y de clima, pero no deberá caerse en el extremo -a que propenden muchos de ellos- de organizar viajes fatigantes so pretexto de «descansar». No hay duda, además, que la misma hiperes-

pasticidad que provoca la hiperpiesia hace de casi todos estos enfermos estreñidos rebeldes; de aquí la conveniencia de enseñarles los ejercicios de relajación y reeducación abdominal, evitando en lo posible el hábito de laxantes y enemas, al que, de otra parte se muestran propicios ya que una parte de su agresividad proviene de tendencias sádicoanales (lo que explicaría también la frecuente asociación de la hipertensión y manifestaciones hemorroidales) Entre los deportes recomendables se hallan el golf, el tiro al blanco y la pesca de río; todos ellos obligan a movimientos precisos, no intensos, entre los que se intercalan pausas reparadoras.

Pero la tarea más importante del psicoterapeuta ha de ser la de conseguir que el hipertenso *no viva pendiente de su última cifra de presión*. Conviene advertirle, en primer lugar, que el mero hecho de saber que se le va a tomar la tensión determina el aumento de ésta y por tanto su valor absoluto no ha de ser deducido de la cifra obtenida en tales circunstancias; pero hay que advertirle, también, que su bienestar o malestar, su acercamiento o alejamiento del peligro de un accidente vascular dependen mucho más de su estado *general* y de su *plan* de vida que del curso lesional o la eficacia, siempre relativa, de la medicación empleada. Lograr serenidad y paz interior en un hipertenso equivale a conseguir la supresión de la *principal causa* de sus trastornos: la verdadera ruta patogénica va de la hiperirritabilidad a la hipertensión y no viceversa.

La música, los paisajes de tonos suaves, las lecturas plácidas, los pequeños juegos técnicoconstructivos, los paseos bien graduados e incluso una charla intrascendente y agradable son tan o más efectivas contra la hiperpiesia que el régimen alimenticio o los preparados hipotensores. La acción detergente de tales recursos psíquicos asociada a los ejercicios de la terapia relajadora (Jacobson-Schultz) no sólo alivia la resistencia vascular sino la de toda la fibra lisa espasmodizada y se extiende también a los músculos estriados, de suerte que los movimientos respiratorios -tan importantes en la dinámica circulatoria- se efectúan con amplitud, libertad y fluencia, desapareciendo la opresión y el malestar y angustia precordiales que casi siempre se hallan en la penumbra consciente de estos enfermos.

Pero la acción del psicoterapeuta ha de extenderse -como en el caso de los cardíacos- a todos los sectores de su vida: ha de graduar sus relaciones sociales, ha de organizar científicamente su rendimiento intelectual y profesional, ha de instruir a sus conyu-

ges para que les faciliten la satisfacción sexual con un mínimo de esfuerzo y todo ello se ha de realizar sin coacciones ni imposiciones rígidas, dejando al enfermo en la creencia de que él es quien en realidad decide tales cambios, como consecuencia de una mejor comprensión de lo que le conviene hacer.

Psicoterapia de la hipotensión

Así como, en general, los hipertensos son hipersimpaticotónicos, con signos de hipersurrenismo, los hipotensos acostumbran a exhibir manifestaciones vagotónicas, signos de linfatismo, astenia, indiferencia y abulia. Les cuesta enormemente «ponerse en movimiento» y al menor obstáculo abandonan la empresa con un gesto desalentado («what is the use?»). Sus rasgos fisiognómicos, caídos e inexpresivos, se confunden a veces con los del melancólico leve (aun cuando éste, por lo general, no es hipotenso); su actitud no es agresiva, como la del hipertenso, sino triste y miedosa o, simplemente, escéptica y apática: nada le atrae ni le ilusiona; le falta confianza en sí mismo; siente mucho el frío y con facilidad se marea y ha de interrumpir su quehacer por temor a desmayarse.

Ni que decir tiene que, como en el caso de la hiperpiesia, existen factores orgánicos que pueden ser responsables de su origen, pero no es menos cierto que aun entonces el cuadro se ve complicado por la actitud psíquica que contribuye a mantenerlo y a exagerarlo. De aquí que ante tales enfermos se imponga también una investigación retrospectiva: ¿cómo fueron los primeros meses y años de su vida?; ¿cuáles fueron las condiciones de su ambiente psíquico y los influjos educativos que se ejercieron sobre ellos? Unas veces se les privó de iniciativa y se les cohibió su movilidad espontánea en la primera infancia por tener una madre excesivamente aprensiva y temerosa, por sufrir alguna somatosis sin importancia o por obedecer a una educación excesivamente coactiva e inhibidora. Otras veces, al contrario, fueron aislados por carencia de vibración en el ambiente, pasaron días y días boca arriba en su cama, sin otro panorama que el del techo de la habitación y se desarrolló en ellos un exceso de vida imaginativa o representativa que perjudicó notablemente su capacidad de acción tornándolos «soñadores». Luego, cada vez les fue más difícil superar la distancia que los separaba de los niños de su edad; se sentían «débiles»

ante ellos y se refugiaban en el «espléndido aislamiento» de su mundo interior, en donde, cuando menos se sentían seguros y dueños absolutos. Su falta de acción engendró una hipotonía muscular, un estreñimiento atónico, una respiración escasa, un metabolismo lento y, en definitiva, una hipobiosis. Pronto vino a complicarse el cuadro con sospechas de una pretuberculosis, una anemia o una apendicitis crónica: resfriados frecuentes, manifestaciones de alergia diversas, etc., contribuyeron a hacerles observar regímenes alimenticios debilitantes o a ingerir medicamentos que crearon nuevas molestias aun cuando corrigiesen alguna, y así se fue engendrando el círculo vicioso psico-orgánico y orgánico-

e inválida, que «arrastra» su vida en vez de propulsarla.

Ante estos y similares cuadros el psicoterapeuta ha de actuar procurando crear en primer término en los enfermos la noción de que la «alegría de vivir» no se puede sentir *apriori* sino *aposteriori*. La felicidad hay que conquistarla y para ello precisa tener un concepto exacto de sus propias disponibilidades.

En vez de explicar su conducta por su infelicidad hay que explicar su infelicidad por su conducta; siempre es posible «empezar de nuevo» y sus anteriores fracasos no han de justificar su actual renuncia a un ensayo que por ser más comprensivo y científico va a tener, con seguridad, un creciente éxito.

Lo primero que hay que evitar es un cambio demasiado brusco en su *modus vivendi*; hay que proceder paralelamente a la transformación de la actitud del sujeto ante sí, ante el Mundo y ante sus obligaciones y al cambio de su conducta frente a la vida. Se procurará el concurso de un buen kinesiólogo para emprender un plan racional de ejercicios físicos dinamizantes, seguidos de masaje y asociados a hidroterapia estimulante. Se colocará al enfermo la mayor cantidad de tiempo posible «puertas afuera», es decir, sin más techo que el cielo, más luz que la del Sol y más estímulos que el «olor de Naturaleza». Se le acompañará y estimulará gradualmente a sus «records de heroicidad y resistencia»; se le hará ver que su anterior insatisfacción y disgusto le consumía en realidad más energías que su actual distribución de actividades.

Se procurará corregir sus defectuosas posiciones corporales; se le enseñará a dilatar el pecho, a respirar amplia y rítmicamente. En vez de lentificar, como en el caso anterior, habrá que *acelerar*

insensiblemente el ritmo vital del ambiente que rodea a estos seres, acostumbrándolos gradualmente a moverse con mayor rapidez, intensidad y firmeza. Hasta en los más nimios detalles hay que evitar el «desmadejamiento»: si existe fatiga se introducirá un reposo reparador entre los esfuerzos, pero no se consentirá el que se vaya deshaciendo el «tono» práxico. Este ha de mantenerse por igual, produciendo impresión de natural y ágil fluencia. Se seleccionarán las amistades y se procurará que el enfermo vaya sin darse cuenta aumentando su rendimiento social; se le abrirán nuevas fuentes de interés y se le harán notar sus progresos para inyectarle nueva confianza. Se procurará reducir al mínimo la medicación somática para que no se crea que su mejoría es «artificial». En suma, se procederá a elevar su nivel vital de un modo armónico y gradual, integrando debidamente todos los recursos psicosomáticos, sin olvidar la corrección de las posibles fijaciones infantiles de su personalidad.

PSICOTERAPIA DE LOS ALÉRGICOS

Éste es el adjetivo con que recientemente se designa a muchos distónicos neurovegetativos. Librenos el Señor de discutir la seriedad y la profundidad de los estudios que han conducido a la actual concepción de la alergia, pero lo cierto es que no hemos visto en la clínica un solo enfermo alérgico *crónico* que no ofreciese los signos de la denominada «estigmatización neurovegetativa» de Bergmann y que no fuese susceptible de corregir temporalmente sus hidrorreas, sus crisis asmáticas, sus urticarias, sus jaquecas, etc., por sugestión. Esto nos hace pensar que si la Psicoterapia es conveniente en las somatosis es *imprescindible* para asegurar el éxito en el tratamiento de los trastornos alérgicos. La imbricación de los factores psicosomáticos en el asma y en algunas dermatosis y neurosis vasomotoras ha sido objeto de recientes e interesantes estudios por parte de H. Stokes, M. Pillsbury, Lewis y J. A. Goldstein. Este último autor señala que la hiperemotividad lleva a una discrinia gastrointestinal la que, a su vez, favorece la autointoxicación metabólica (en el área intestinal).

He aquí cómo expone su concepción acerca de este proceso patogénico (v. nota bibliográfica al final): «A partir de un afecto desagradable que actúa generalmente en forma deprimente para el

sujeto, se produce una mengua en la secreción del ácido clorhídrico de su estómago en especial y de los demás jugos en general. Y simultáneamente disminuye el tono muscular de este órgano. Se produce en consecuencia una deficiente digestión de los proteicos que no son llevados en su degradación hasta los aminoácidos, como corresponde, y la dilatación gástrica que da lugar a estancación del quimo, que, careciendo de la necesaria acidez permite la rápida proliferación en su seno de los gérmenes anaerobios y pútridos característicos de la flora normal del colon. Entre ellos se encuentra el bacilo de Welch, cuyos cultivos tienen la propiedad de liberar una sustancia similar a la histamina, que en unión de los metabolitos normales derivados de la insuficiente proteolisis, causan duodenitis, con perturbaciones de la permeabilidad, que permiten su paso a la corriente sanguínea, por la cual puede llegar a la piel». Claro está que esta seriación patogénica no explica más que uno de los posibles mecanismos de la acción psicósomática en la producción de ciertas erupciones y dermatosis, pero si se tiene en cuenta la facilidad con que se establecen reflejos condicionados de arco efector simpático cabe preguntarse si la peculiar constancia con que el «alérgeno» desencadena la crisis alérgica en el sujeto predispuesto no será debida, más que a su peculiar constitución química, a su *asociación con una experiencia emocional desagradable en la que aquel actuó incidentalmente*. Ello no invalida la obra, necesaria, de «desensibilización» pero pone en guardia contra una creencia excesivamente simplista en la perennidad de sus efectos: la denominada «migración de síntomas» -tan conocida en las «neurosis histéricas»- se ha descrito ya en el curso de las curas anti-alérgicas. De aquí deriva la necesidad de proceder, simultáneamente, a la tarea de ataque bioquímico y psicoterápico, pues la alergia, como cualquier otro estado o fenómeno morboso, puede convertirse en un «medio de expresión de conflictos psíquicos».

BIBLIOGRAFÍA

- P. SCIULDF.R: Psychotherapy. Norton. 1938. New York.
BACOM, LF.VÜY, LHVINE, WTL.SOK: *Symposium on the influence of Psychological factors upon Gastrointestinal Disturbances*. Psych. Quart. Octubre. 1934
BRAUM: *Herz und Angst*. F. Duclicke. 1932.

- WEISS: *Cardiovascular lesions. Psychosomatic observations. Psychosom. Med.* Julio 1940.
- G. H. PEARSON: *Some Psychological aspects of inflammatory shin lesions.* Psychosom. Med. Enero 1940.
- J. A. GOLDSTEIN: *Acerca de la interrelación somalopsíquica en Dermatología.* Revista Argentina de Dermatosifilografía. 1941.
- PIZARRO CRESPO: *Alergias y anafilaxis psíquicas.* Ed. Ruiz. Rosario. 1935
- L. ZENO y E. PIZARRO: *Aspectos clínico-psicológicos de las úlceras gastroduodenales.* Semana Médica. N° 2489. 1941.
- G. THOMAS: *Psychic factors in Rheumatoid arthritis.* Amer. of Psychiatry. Nov. 1936.
- CH. LALIBRY - T. BROSSA: *Interférence de l'activité cornéale sur le système végétatif neurovasculaire.* Presse Méd. No 84. 1935.
- CH. LAUBRY - T. BROSSA: *Documentis recueillis aux ludes sur les «Yoguis».* Presse Méd. N° 83. 1936.

CAPITULO XIII

Psicoterapia de los síndromes organoneuróticos. Psicoterapia de los síndromes obsesivos (fóbicos, compulsivos, dubitativos). Psicoterapia de la tartamudez v dislalias funcionales.

La Psicoterapia de los enfermos somáticos tiene muchos puntos de contacto con la de los organoneuróticos, ya que en éstos la fenomenología es también predominantemente física, es decir, somatovisceral. Tanto si se trata de organoneurosis del sistema circulatorio, digestivo, respiratorio o excretor como si se trata de trastornos organoneuróticos polimorfos, asociados a diversas alteraciones endocrinopáticas -cosa frecuente en la pubertad y en el climaterio- lo que separa en realidad a estos enfermos de los propiamente somáticos es el hecho de que en ellos la «espina orgánica» propiamente dicha carece de importancia y sólo adquiere relieve por el continuo aporte de cargas afectivas que hallan en ella el «locus minorae resistentiae» para liberarse. Braun, Konrad, Cimbäl y Jahrreiss han insistido en la complejidad de la estructura patogénica de estos casos que, por lo demás, son mucho más frecuentes de lo que se admite por parte de los médicos generales: un factor constitucional, de tara psicopática a veces no manifestada ostensiblemente, es el soporte de ellos (este tipo de personas parece no sufrir de alteraciones nerviosas porque en él, como vulgarmente se dice, «la procesión va por dentro», o sea que la inhibición cortical hace enfilear los impulsos y tendencias agresivas hacia las vías efectoras viscerales); una especial labilidad hormonal y neurovegetativa, afianzada en el curso existencial permite establecer con mayor facilidad «el puente» psicomático; finalmente, un insulto tóxico, traumático o infeccioso que se fija localmente y compromete la integridad funcional de un determinado sector orgánico coloca a éste en condiciones de «foco de actividad prepotente» que

drena toda la actividad neuropsíquica y constituye con sus variaciones el paradigma expresivo de toda la existencia individual. En las organoneurosis se observa, en efecto, más aun que en las psiconeurosis el denominado «dialecto orgánico» de Adler: las crisis diarreicas del enterocolítico, las crisis de taquicardia, las crisis álgicas, sudorales, dispneicas, etc., con signos *objetivos* de malestar e incluso de alteración lesional! (casi siempre flogística) de tales o cuales órganos son desencadenadas en relación con causas psíquicas.

No es raro que el «foco» organoneurótico tenga relación homóloga con la enfermedad o predisposición morbosa de alguno de los progenitores del paciente. Éste mueve la cabeza con pesimismo y dice a cada paso: «no hay nada que hacer, Doctor, esto es hereditario». Schilder ha puesto de manifiesto, confirmando las ideas de Freud, que esta predilección no sólo obedece a un proceso de identificación inconsciente (por introyección de la imago del ascendiente) sino a una especial plasticidad adquirida por el centro cortical representativo del órgano correspondiente, gracias a la importancia que sus oscilaciones adquirieron en la dinámica y conversaciones del hogar, cuando el actual paciente era un niño. Se trataría, pues, de una «resonancia afectiva» semejante a la que produce en el estudiante de Medicina la autosugestión de creerse portador de las enfermedades que esté estudiando. En tales casos, para evocar los acontecimientos emocionales que pudieron contribuir a la fijación organoneurótica puede ser útil recurrir a la hipnosis ecforiante. Precisa no olvidar, por lo demás, que muchos de estos enfermos -como ha señalado Fenichel- adoptan una actitud narcisista ante su enfermedad y hablan de ella, de sus peregrinaciones en los despachos médicos, de los errores de diagnóstico y de las intervenciones sufridas, con una fruición y un placer semejante al que sienten un padre o una madre vanidosos cuando cuentan las incidencias de la vida heroica de su hijo.

De aquí la necesidad de ser muy cautos en el ataque sintomático y proceder siempre en completa compenetración -si se trabaja en equipo- con el internista o, si se trabaja solo, estar en plena posesión de datos objetivos para seguir dando al enfermo la impresión de que no se infravalora ni descuida su *somaticidad*. Expresado en otros términos: el psicoterapeuta tendrá tanto más éxito en estos casos *cuanto menos represente que en ellos actúa como tal*.

PSICOTERAPIA DE LOS SINDROMES OBSESIVOS

Los fenómenos obsesivos (dudas, fobias, compulsiones) pueden presentarse aisladamente en el curso de una existencia normal o constituir por su acumulación y rebeldía una enfermedad seria: la denominada neurosis obsesiva, compulsiva o anancástica, en gran parte coincidente con el concepto de la Psicastenia de Janet.

El psicoterapeuta que se enfrente ante un enfermo con fenómenos obsesivos habrá de empezar por valorar con sin igual cuidado sus rasgos caracterológicos para ver si tales síntomas corresponden, tal como vimos en el Capítulo VII, o no a un enfoque habitual en su personalidad. Freud ha puesto de manifiesto -y es ésta una de sus más geniales contribuciones- que hay «un modo de ser» obsesivo-anancástico y que este modo de ser es debido a la detención de la evolución libidinosa en la denominada *fase sádicoanal*. El carácter eróticoanal resultante, muestra una represión más o menos completa de tendencias homosexuales, sádicas y autopunitivas. Se trata de personas con antecedentes de estreñimiento crónico, en las que ya desde la infancia la tarea de evacuar el vientre constituía una preocupación familiar. Coinciden en ellas una escrupulosidad y afición a] orden y a la limpieza, a la perfección y a la puntualidad extraordinarias, alternando con un descuido y parsimonia paradoxales; estas personas acostumbran a «dejar todo para el último instante» y cuando se ponen, al fin, a realizarlo lo hacen con un ímpetu y frenesí crecientes, sin poder interrumpir su tarea (escribir cartas, limpiar armarios, etc.) y sin conseguir tampoco la seguridad y el placer de haberlo terminado por entero.

Pierre Janet creyó que ese «sentiment d'incompletude», es decir, la vivencia de la infinitud, era el origen del miedo a la acción (*peur de l'action*) y de la tendencia iterativa o repetitiva, propia de los compulsivos, explicando todo ello por un descenso de su célebre «tensión psicológica». Freud, Jones y demás autores psicoanalíticos, en cambio, consideran que todas esas particularidades del carácter son la expresión simbolizada de la primitiva actitud anal-sádica en la que el sujeto experimentaba un placer en acumular y retener (detener) las heces en el tramo intestinal inferior, para dar lugar, a última hora, a una expulsión forzada y tumultosa, que dilatase al máximo el esfínter; éste reacciona pronto con un tenesmo y crea en el individuo la impresión de no haberse terminado la evacuación, lo que le lleva a repetir el esfuerzo de su prensa abdo-

minal sin poderse calmar o tranquilizar definitivamente. Tal conducta -típica también en los casos de cistitis o tenesmo vesical (hay que tener en cuenta que los rasgos de erotismo uretral acompañan habitualmente a los anteriores y se caracterizan por el placer de expulsar una orina largo tiempo retenida)- se trasplantaría ulteriormente a todos los sectores de la actividad personal. Por ello también es frecuente que tales personas sean «coleccionistas» y les guste «manipular».

Jones llega hasta ver en la arquitectura y en la escultura una sublimación de la tendencia a crear formas plásticas con las heces (asimismo cree que la elección del oro como metal precioso se debió a su semejanza con ellas; por qué no pudo ser debida a su semejanza con el Sol, por ejemplo, es algo que dicho autor no explica).

Indudablemente la clínica muestra la frecuencia con que se asocian los rasgos anancásticos antes mencionados (obstinación, escrupulosidad, superstición, deseo de orden, perfección y limpieza excesivas) y la existencia de alteraciones funcionales diversas en la porción inferior del tramo gastrointestinal (hemorroides, dilatación de la ampolla rectal, estreñimiento espasmódico, etc.) mas también ha sido señalada por nosotros, y confirmada por diversos autores, la frecuente asociación de la triada: compulsión, hiperglucemia y neurohiperespasticidad parkinsonoide (véase nota bibliográfica). De otra parte, la presentación accesional de violentos síndromes obsesivos en el curso de diversas afecciones cerebrales y, singularmente, tras las neuraxitis epidémicas, ha motivado una extensa bibliografía y ha hecho ver el papel que los núcleos grises mesencefálicos tienen en la denominada «conación» (fase del ciclo psíquico intermedia entre el deseo o tendencia y la acción) cuya perturbación es típica y constante en esta neurosis.

De aquí que aun reconociendo el valor singular de las concepciones freudianas para la comprensión del síndrome obsesivo el psicoterapeuta no deba empeñarse en ver en todos quienes lo sufren a sujetos detenidos en su evolución libidinosa, ni siquiera cuando en ellos se observen los rasgos característicos de la personalidad compulsiva. *Hay que inscribir el sexo en la vida y no viceversa*: la persistencia de actitudes y tendencias sexuales propias de una fase anterior puede ser efecto y no causa de la perturbación psiconeurótica, aun cuando en ocasiones no sea ni lo uno ni lo otro, sino simple concomitante.

Confirmando esta concepción Silder escribe: «algunos de los rasgos del llamado erotismo anal podrían ser explicados desde el punto de vista motor» y destaca la importancia de penetrar en el análisis de la formación de las nociones de espacio-tiempo y de movimiento-cambio para la comprensión del carácter compulsivo. Por nuestra parte podemos agregar que en muchos casos de neurosis obsesiva en los que la denominada «resistencia del carácter» hacía larga y penosa la exploración psicoanalítica obtuvimos una rápida y completa desaparición de los síntomas mediante el cultivo de la terpsicoterapia, es decir, la terapia por la danza: al dar al sujeto una progresiva fluidez y agilidad de movimientos y al ritmarlos de acuerdo con el compás musical se observaba en él una paulatina liberación y descompresión anímicas. Claro está que sería ridículo pensar en este recurso como único y suficiente para el tratamiento de una neurosis de estructura tan compleja como la obsesiva, pero también lo sería el renunciar a él bajo el pretexto de que es poco serio.

Nuestra experiencia personal acerca de la psicoterapia de los síndromes obsesivos es la de que ha de orientarse de un modo diferente según en ellos predomine la duda, la fobia o la compulsión y que también ha de formularse un plan de ataque distinto según cual sea el tipo de personalidad subyacente en el enfermo. Ésta no siempre es anancástica, pues lo cierto es que en la clínica se observan cuadros obsesivos en personalidades cicloides, esquizoides, histeroides, asténicas y paranoides esto es tan corriente que a veces el síndrome obsesivo sirve de introducción a un brote esquizofrénico, a una depresión vital (melancólica) o a una ulterior reacción deliriosa o delirante. De aquí la necesidad de apurar en estos casos el análisis pluridimensional y de individualizar al máximo el plan terapéutico.

Veamos, no obstante, desde un punto de vista práctico, cuáles son las normas que pueden seguirse por el psicoterapeuta bisoño ante cada uno de los principales elementos del síndrome.

FOBIAS

Debe proscribirse en absoluto la corrección de una fobia por sugestión sin antes haber analizado su motivo real, oculto y reprimido en el subconsciente. El mecanismo fóbigeno se aclara per-

fectamente por la teoría de los reflejos condicionados: cuando un sujeto tiene un miedo «absurdo», es decir, cuando siente miedo a pesar de que su razón le indica que no tiene motivo lógico para sentirlo y, sobre todo, cuando ese miedo se presenta en forma accasional, violenta e incoercible y tiende a generalizarse a todos los estímulos directa o indirectamente asociados con el que aparece como núcleo de la fobia', *hay que presuponer que este estímulo que se presenta como desencadenante no es el verdadero motivo del miedo sino un signo anticipador y a la vez protector contra él*. En la fobia se siente un temor imaginario para evitarse la angustia de sentir un temor real. El paciente, en realidad, no se asusta ante el objeto de su fobia sino *ante la acción que éste simboliza y que él desconoce*. La fobia se nos aparece así como una formación defensiva, cuya misión es evitar al sujeto un sufrimiento mayor: por su mismo ilogismo la fobia puede confesarse y determinar la compasión de los demás, en tanto que el impulso que la engendra es, generalmente inconfesable.

Así, por ejemplo, cualquier enfermo puede declarar que siente un temor invencible y ridículo ante los objetos terminados en punta y que es incapaz de pasar rozando la esquina de una mesa... pero no sería capaz de confesar que tal temor obedece a la represión de una tendencia criminal o de un impulso homosexual. Y sin embargo, cuando tras la careta del contenido aparente (condicional) de la fobia se descubre, mediante la exploración psicoanalítica, su estímulo absoluto y se establece el nexo asociativo que los une, es cuando se hace posible la ruptura definitiva de su dispositivo productor.

Un medio de ahorrar exploraciones en la búsqueda del verdadero significado de la fobia consiste en estudiar atentamente los procedimientos de que el paciente se vale espontáneamente para calmarla o evitarla. Casi siempre, en efecto, el paciente *se defiende contra su defensa*, es decir, lucha contra su fobia, mediante una serie de actos que tienen un carácter *aparentemente* autopunitivo o coercitivo (es decir, limitativo de su espontaneidad reaccional) y en el fondo sirven para descargar la tendencia fóbigena sin que ésta llegue a engendrar la angustia. Estudiando el significado simbólico de tales actos *preventivos* -enteramente homólogos a los denominados «ceremoniales» compulsivos- se puede deducir casi siempre, con relativa rapidez, a qué tipo de tendencia tratan de satisfacer.

Así, por ejemplo, si un sujeto que sufre del temor de padecer un cáncer, o la rabia, o alguna enfermedad contagiosa, se calma esa fobia procediendo a numerosas abluciones y desinfecciones, enjuagues y otras maniobras de «purificación» y limpieza que justifica diciendo: «no quiero contagiar a los demás», hay todas las probabilidades a favor de que tal fobia sea la expresión de impulsos agresivos reprimidos hacia alguno de sus familiares directos. En tal caso la fobia tiene, a la vez, el carácter de autopunición (satisfacción del Súper-Yo) y de autoengaño (el Yo es compadecido) y autosatisfacción (del Ello) de aquél impulso, puesto que con su conducta perturba totalmente la vida del hogar y destruye la felicidad de quienes le rodean, los que se ven obligados a Herirle donde han ido y a rendirle cuentas hasta de sus menores actos (para evitar que hayan podido estar en contacto con algún foco cancerígeno, animal rabioso, etc.).

En cambio, si esa misma persona reacciona ante su fobia aplicándose toda clase de inyecciones, sueros, medicaciones más o menos preventivas, dejando de comer determinados alimentos, de asistir a lugares de diversión o, incluso, infligiéndose -como en algunos casos hemos visto- quemaduras para desinfectarse, resulta casi evidente que la fobia es la expresión de una tendencia incestuosa o inmoral que, al verse reprimida, se transforma en impulso masoquista (autodestructor) de tipo físico (en vez de dar lugar, por ejemplo, a un delirio expiatorio de autoacusación).

La escuela psicoanalítica ha insistido, a nuestro juicio excesivamente, en el análisis del contenido *verbal* (temático) y ha dejado un poco de lado el análisis del contenido *práxico* (motor) de la conducta. De aquí que se haya interesado más en conocer lo que la fobia significa que lo que la fobia realiza. Pero si se desea obtener un resultado efectivo habrá que proceder al ataque psicoterápico simultáneo *en todos los planos* de la Psique individual. Y por ello desde el principio, hay que insistir en que los actos realizados por el paciente en su lucha contra la fobia no sean los que a él espontáneamente se le han ocurrido sino *los que una persona normal realizaría ante la realidad objetiva de su situación*. Ello sin perjuicio, claro es, de proceder a aclararle el mecanismo del «desplazamiento» que explica el aparente ilogismo de su síntoma.

No se han de confundir con estas fobias anancásticas las que se engendran tras una vivencia emocional real, que ha desencadenado en el sujeto un pánico justificado (bombardeo aéreo, acci-

dente de automóvil, etc.). En tales casos la conclicionalización refleja puede conducir a una especie de «anafuaxia psíquica», en virtud de un proceso de inducción e irradiación lenta, de tal suerte que en vez de disminuir aumenta con el tiempo transcurrido la «sensibilización» del sujeto ante el peligro. En tales casos precisa no lanzarse a interpretaciones complicadas y proporcionar al paciente ocasión de que se invierta el signo del proceso, o sea, que se desinhiban los centros inhibidos y se inhiban los excitados: nada mejor para ello que recurrir a una hipno-narcosis y a una reeducación paulatina. Este procedimiento es en todo análogo al de la vacunación inmunizante que se realiza en el campo de la bacteriología.

Dudas

El estado de duda, es decir, de oscilación entre dos creencias opuestas y equipotentes, es conocido y hasta, si se quiere, frecuente en la vida mental de los normales. No obstante, estos llegan, por sí mismos o con la ayuda de la opinión ajena, a resolverlo y a decidirse por una u otra de las actitudes en pugna. En cambio el neurótico dubitativo es incapaz de resolver sus dudas, incluso cuando éstas son nimias o absurdas. Unas veces llega hasta a admitir que *racionalmente* habría de superar su indecisión en tal o en cual sentido, pero una fuerza superior a su voluntad le obliga a volver a considerar la proposición abandonada y le impide olvidarla; ésta sigue entonces en la penumbra de su campo consciente, dificultándole toda nueva acción e impidiendo su tranquilidad hasta que la vuelve a considerar, repitiéndose así en el campo del pensamiento la misma tendencia o impulso a la repetición o iteración (*Wieder holungsdrang*, de los alemanes) que es típica de los actos compulsivos, según vamos a ver inmediatamente.

Una tal duplicidad o multiplicidad del curso del pensamiento es explicada por Janet admitiendo una falta de capacidad de síntesis o jerarquización, es decir, un *déficit de criterio axiológico* de los datos elementales del conocimiento.

Sin embargo, el defecto principal del paciente dubitativo radica en querer imprimir a sus creencias y actos una *segundad* y una *falibilidad* superiores a las que pueden tener. El obseso dubitativo *quiere arriesgar nada*, desea poder creer o actuar con una exactitud matemática, imposible de obtener en la vida, pues *ésta es*,

por esencia, irracional e impredecible. Ahora bien, si de tal modo quiere protegerse contra el error es porque *carece de confianza en sí*, es decir, porque *no se fía de sí mismo, y ello se debe a que no ha podido unificar en un haz coherente las tendencias primarias que constituyen el núcleo energético de su individualidad psíquica.* El estado de duda es, pues, en definitiva, la traducción consciente del fenómeno de la *ambivalencia* que constituye, a su vez, uno de los síntomas primarios de la esquizofrenia. Y, en efecto, si las fobias se observan especialmente en la variedad histeroide, hiperemotiva y lábil de la personalidad anancástica, las dudas son patrimonio especial de su forma esquizoide, coartada y rígida. De aquí la conveniencia de aplicar, en los casos rebeldes, una terapia chocante (convulsivante o hipoglucemiante) previa a la psicoterapia, la cual se efectuará entonces con mucha mayor facilidad y efectividad, cual sucede en los casos de esquizofrenia «vera».

La base del argumento psicoterápico en estos casos ha de ser el principio de Kant: «procura que todos y cada uno de tus actos pueda ser erigido en modelo de conducta universal». Y como el dudar es ya un acto, el sujeto ha de dudar *ni más ni menos que los demás*: ha de llegar a la conducta del «como sí», o sea, ha de comportarse cual si no tuviese dudas excesivas y para ello ha de elegir la pauta de conducta que ante su situación realizaría *una persona que no fuese él*. es decir, el ciudadano desconocido o *standard*. Ha de aceptar que el malestar derivado de lanzarse a la acción sin hallarse convencido de su justeza es un malestar que vale la pena de ser sufrido porque le sirve para dominar su perturbación y le acerca a la normalidad, en tanto que el alivio inmediato que obtiene rehusando decidirse y sometiéndose a su tendencia dubitativa es prólogo de nuevos y peores malestares, pues cultiva la fuerza del sector desintegrado de su individualidad y contribuye a hacer de él un núcleo de actividad prepotente, capaz de absorber y adsorber las energías que normalmente robustecían el vigor de la unidad yoica.

Esa partición (lucha entre el Súper-Yo y el Ello con progresiva anulación del Yo, según Freud) o desmembración de la individualidad psíquica es, unas veces, antecedente y, otras, consecuente de la duda. Hay, en efecto, sujetos vacilantes e indecisos *que* no sufren por serlo: en tanto hay otros, obstinados y tercos, que se auto-juzgan como carentes de fuerza de voluntad. Los primeros no han

llegado a tener una prospección firme, es decir, no han tendido nunca las líneas de sus propósitos y como vulgarmente se expresa «tanto les da lo uno como lo otro», dejándose llevar y moldear con facilidad por cualquiera (tales serían los verdaderos Psicasténicos). En cambio los segundos, a pesar de su aparente invalidez ante la acción, tienen tendencias y propósitos bien definidos: su desgracia estriba en que tales propósitos son inconciliables entre sí y en su egoísmo no quieren renunciar a ninguno. Así hay una duda a priori y una duda a posteriori, que precisa diferenciar psicológicamente si se quiere entablar su combate psicoterápico con éxito. En realidad, la duda obsesiva es casi siempre de este segundo tipo y aparece, como las fobias, multicondicionada, de suerte que si por una parte molesta al sujeto, por la otra le sirve para detener el curso vital de los demás y para envanecerse de «pensar más y mejor», de hilar más fino en materia de moral o de preocuparse con más ahinco en acertar con la actitud óptima. Por ello, sin perjuicio de investigar psicoanalíticamente los verdaderos motivos de su perplejidad hay que evitar caer en la red que sutilmente propende a tender al psicoterapeuta este tipo de enfermo y que consiste en utilizarle como instrumento para dirigir su conducta y librarle del sentimiento de responsabilidad.

En efecto, son muchos los médicos generales y los especialistas incautos que se encuentran satisfechos del gran ascendiente que rápidamente ejercen sobre uno de estos enfermos, ya que cuando le afirman dogmática y enérgicamente que ha de resolverse en éste o en aquel sentido lo acepta y obedece sin discutir. Pero no se dan cuenta que ese «transferí positivo» tan fácilmente logrado no ha resuelto el fondo del conflicto: el enfermo lleva, en efecto, cada día una nueva lista de preguntas, propende a consultar al psicoterapeuta por teléfono y con cartas o papeles adicionales. En suma: gravita sobre él en aparente actitud de sumisión y en real actitud de dominio. Hay que reaccionar contra ese *falso* éxito: el psicoterapeuta no ha de tomar sobre sus hombros el fardo que el enfermo quiere entregarle sino que ha de conseguir que éste se decida a deshacerse de él o a llevarlo sin esfuerzo por sí sólo: para ello habrá de asociar al «saber» freudiano el «enardecer» adleriano y hasta, si se quiere, el «iluminar» junguiano con tal de obtener un cambio profundo y total en la estructura dinámico-caracterológica del paciente, el cual habrá de emerger de sus manos como un hombre nuevo.

Un recurso de gran eficacia para evitar la dicotomía y el estancamiento del potencial neuropsíquico lo hallamos en el ejercicio y el entrenamiento sistemático en tareas que requieren *decisión y rapidez*: el juego del ping-pong, realizar carreras en pista con los ojos cerrados, apreciar «a golpe de vista» el número de puntos agrupados en series de tarjetas, etc.

Compulsiones

El denominado pensamiento imperativo constituye la base de este síntoma cuya manifestación más cercana en los sujetos normales la hallamos en las denominadas «supercisíuiuiies». Correspondiendo a una concepción mágicoanimista, existe en dicho pensamiento la creencia en la omnipotencia y omniscencia de las ideas: basta con pensar en algo para que ese algo *pueda o tenga que suceder*; si el enfermo compulsivo piensa -aun cuando sea con terror- que se va a morir tal o cual ser querido, recibe la impresión de que con ello va, efectivamente, a determinar esa muerte, a menos que consiga *contra-pensar*, es decir, pensar, con igual intensidad, lo contrario (que va a vivir sano muchos años) o que, al menos, realice una serie de actos expiatorios con los que purgue tan mal pensamiento. De esta suerte el compulsivo pierde su espontaneidad y se pasa la vida angustiado, al acecho de lo que pueda ocurrírsele: y es el caso que cuanto con mayor afán desea evitar el pensar en esas ideas (blasfemas, criminales, tánicas, obscenas, etc.) con tanta mayor violencia y frecuencia éstas se le presentan *d'emblée* y se le imponen en su conciencia. Tenemos aquí un fenómeno inverso al que también es conocido en psicología normal: cuando no nos acordamos de un nombre y queremos recordarlo parece hundirse más y más en el olvido en vez de emerger en la conciencia (ambos hechos se explican por la denominada «inducción paradójica» en virtud de la cual la excitación destinada a suprimir una inhibición la refuerza y la inhibición dirigida a sedar una excitación la aumenta).

Tales compulsiones pueden aparecer en forma puramente intelectual o directamente psicomotriz, es decir, como tendencia incoercible a la ejecución de tales o cuales movimientos (gestos, actos de tipo simbólico) o emisión de ciertas palabras. En nuestra práctica hemos tenido ocasión de ver la evolución de tales com-

pulsiones motrices hacia estereotipias puramente automáticas, de tipo catatónico.

Cuando está en acción la denominada «cláusula de la muerte» (Steckel) el sujeto no vacila en realizar los actos más disparatados y absurdos o en imponerse los mayores sacrificios para evitar que su temor supersticioso se convierta en la angustia especiente del cumplimiento de la terrible profecía mortal. Los freudianos ven en esa cláusula la consecuencia de la persistencia de complejos incestuosos: el sujeto descarga sobre sí su odio infligiéndose la conciencia de la máxima culpabilidad. No obstante, raro es el psiquiatra que no ha tenido ocasión de ver a neuróticos compulsivos huérfanos desde el nacimiento y cuyas condiciones de ambiente no habían permitido en ellos fijación *edipoide* alguna. Claro que para estos casos invocan los psicoanalistas dogmáticos la existencia de una conciencia de culpa congénita o ancestral (arraigada en la Psique Objetiva de Jung, memoria de la Especie o inconsciente colectivo) por el «parricidio primitivo», pero nos parece que es alambicar un poco excesivamente las posibilidades científicas de la imaginación el admitir como válida tal hipótesis, indemostrada e indemostrable. En cambio sí corresponde a la realidad el hecho de que la tendencia autodestructiva que obliga al neurótico compulsivo a inflingirse toda suerte de penas, limitaciones y sufrimientos responde a un impulso agresivo *actual* que al no descargarse al exterior -por frustración o coacción- se revierte sobre el propio Ser y se consume en él, del propio modo como el ácido clorhídrico cuando no tiene contenido gástrico que lo neutralice corroe las paredes mucosas del estómago.

La creencia en la posibilidad de alterar el curso de la realidad externa con el simple pensamiento corresponde, en el curso evolutivo, a una época del desarrollo individual en el que el sujeto concibe al Mundo como un apéndice de sí mismo y se siente -cual un pequeño Dios- hacedor por simple designio; tal periodo acostumbra a observarse entre los 3 y los 5 años (animismo mágico) y es paulatinamente sustituido por la concepción lógica.

El psicoterapeuta ha de enseñar al compulsivo a establecer claramente la diferencia entre el Mundo del Pensamiento y el Mundo Exterior, es decir, entre la imaginación y la realidad objetiva; ha de obligarle a someter su conducta a las normas de ésta y no de aquella: ha de hacerle ver que tras su aparente humildad y deseo de perfección se ocultan una gran agresividad y ambición: ha de

abrirle vías de descarga psicomotriz normal para evitar sus anormales pulsiones. Pero al propio tiempo ha de darle recursos técnicos para luchar victoriosamente contra éstas, cuando se presentan, sin tener que recurrir a subjetivos ceremoniales o actos que lo apartan de la pauta social en vigencia.

Una de estas técnicas, que no pretende, claro es, otra finalidad más que la de mitigar la violencia de sus síntomas, es la de *dar a la compulsión un contenido verbal preciso*, o sea, formular de un modo claro y exacto -y a poder ser conciso- el propósito o la creencia que constituyen la esencia de su obsesión. Una vez esto conseguido, el sujeto la escribe y se aplica a destrozarla, a base de ir sustituyendo las letras por oírás, por cifras o por signos diversos, de acuerdo con una clave arbitrariamente elegida. Con ello abre nuevas vías asociativas al estrecho círculo ideológico que gobierna su conducta y permite una difusión de su potencial a zonas neutras, diversas, de su campo consciente. Así, por ejemplo, uno de nuestros pacientes sufría desde hacia años la compulsión de tener que apuntar en una libreta los datos biográficos más importantes de cuantas personas le eran presentadas o hablaban con él. Habían fracasado en el intento de apartarlo de tal conducta los métodos psicoterápicos corrientes: un psicoanálisis de 8 meses demostró que con ella descargaba su sentimiento de culpa por haber despedido a una sirvienta de 19 años a la que había poseído ocultamente; la dio una cierta cantidad de dinero y no volvió a saber más de ella. Cuando quiso buscarla por temor a haberla embarazado no pudo hallarla. Ante la revelación del claro nexo existente entre su actual obsesión y aquel episodio el síntoma no se aminoró ni se modificó tampoco por la serie de consideraciones que se le hicieron tendientes a solucionar la situación. En tales condiciones ensayamos la técnica antes apuntada: véase, por muestra, una de las hojas llenadas por el enfermo en el tercer día de la misma:

He de saber dónde está Lina	(escribirlo al revés)
Lina está dónde saber de He	(escribir cada palabra al revés)
añil átse ednód rehas ed eH	(sustituir vocales y consonantes por las siguientes)
eñom evti ifñuf sicut if ij	(colocar a cada letra su orden en el alfabeto)

5161714	524229	9616236	2193522	96	910	(sumar los resultados)
25	24	33	24	15	10	(escribir la palabra correspondiente).
W	V	CC	V	N	J	(Colocar vocales sucesivas).
W	A	V	E	CC	T	V
						O
						N
						UJ
						(al revés)
						JunoviccevaW

Respirar profundamente y descansar, relajando toda la musculatura.

PSICOTERAPIA DE LA TARTAMUDEZ Y DE LAS DISLALIAS FUNCIONALES

En su magnífico libro acerca del estudio psicológico de los varios defectos del habla, Sara M. Stinchfield propone una clasificación de éstos en 7 grupos bien definidos, a saber: disatrias, dislalias, dislogias, disfasias, disfemias, disfonias y disritmias. El primero engloba los trastornos de la articulación debidos a lesiones del neuroeje, el segundo los debidos a disfunción psíquica o a causa orgánica extranerviosa, el tercero comprende las dificultades de expresión ideológica originadas por psicosis, el cuarto, la perturbación debida a un déficit (generalmente orgánico) de las imágenes mentales, el quinto -entre el que incluye la tartamudez- encuadra todas las alteraciones del habla de origen psiconeurótico, el sexto, los defectos de la voz y el séptimo los del ritmo vocal (con exclusión de la tartamudez). Es un hecho que los psicólogos, psicoanalistas, psicoterapeutas y psiquiatras han concedido hasta ahora más atención al contenido o contexto verbal del lenguaje que a sus cualidades formales.

La mímica fonética, facial y somática que acompaña en todo momento a la expresión hablada es tanto o más significativa que ésta: sin embargo, se pierde sin registro en la mayoría de las exploraciones.

Solamente cuando el trastorno del habla llega hasta hacerla ininteligible o a hacer sufrir al sujeto, adquiere importancia su estudio para el promedio de los psicoterapeutas. No vamos a reparar aquí tal error, dada la índole elemental de este libro. Nos limitaremos, pues, a señalar las normas más corrientes para el tratamien-

to adecuado de las dislalias y disfemias, empezando por la neurosis del habla más frecuente: la tartamudez.

Todo tartamudo es siempre algo más que tartamudo: su dificultad para expresarse es sólo el síntoma más aparente de un estado psiconeurótico que reclama atención y medidas psicosociales y psicoterápicas de carácter general.

Hay en él una desproporción entre el impulso y sus posibilidades de expresión fonética. Tal desproporción puede ser debida -como señala Schilder- a un exceso de violencia de la tendencia (agresiva) a una represión (inhibición) parcial de la misma en el curso de su descarga o una lentitud y torpeza relativas en la integración de los fonemas. En todo caso conduce a una animulación o retención del potencial psicomotor en el aparato fonador y produce (especialmente al principiar las frases o palabras que se inician por consonantes) un verdadero espasmo que se extiende incluso a los músculos respiratorios.

Según su modalidad se habla de «espasmofemia», «parafemia» o «agiotofemia» y, también, de «iterolalia» (cuando se repite espasmódicamente la primera sílaba de la palabra sin poder pasar adelante en la elocución).

Lo esencial, en todo caso, es que el tartamudo sufre *a posteriori* de un temor al ridículo, que se aísla y propende a no hablar ante las personas que no sean de su mayor confianza, que retiene así un mayor cúmulo de impulsos liberadores de su agresividad y, por tanto, que aumenta invariablemente su timidez e inseguridad expresivas en el curso de su vida, a menos que no sea sometido a una reeducación o tratamiento corrector. Éste puede basarse en ejercicios de lentificación e inhibición progresiva de su excesiva tensión fonadora -como hizo Demóstenes- o en una sucesión rítmica y acompasada de sus movimientos respiratorios (cual se hace en la clásica reeducación por el canto y la gimnasia rítmica) o, mejor, en un previo análisis de la personalidad y de los conflictos del interesado, que conduzcan a formularle un plan de vida y a hacerle adoptar ante ésta una serie de actitudes que le tranquilicen en el mayor número posible de aspectos. Ello sin perjuicio de emprender, además, el entrenamiento que ha de conducirle a dominar cada vez mejor sus deflejos fonadores.

Tal entrenamiento se basa en una serie de ejercicios de dificultad progresiva y en principio semejantes a los que se usan para enseñar a hablar a los alálicos o afémicos. Partiendo de la base que

las vocales son más fáciles de emitir que las consonantes, hay que aconsejar a todo tartamudo que cuando empiece una frase emita *para sí* (es decir, en voz imperceptible) una vocal cualquiera para ligarla a la consonante de la sílaba que se «atasca». Además, se le hará leer textos de dificultad progresiva a velocidades diversas y con intensidades e inflexiones de voz distintas: primero en presencia de personas de su confianza y luego en presencia de desconocidos, controlando constantemente el rendimiento y animándole a proseguir sus ejercicios, previa advertencia de que en su curso habrá numerosas recaídas aparentes que no han de perjudicar el éxito final

Asimismo se le proporcionará ocasión de dar a su vida un ritmo y una armonía que le aumenten su autoconfianza y le permitan descargar suavemente y de un modo constante los impulsos inhibidos (que no raras veces son de naturaleza sádicoanal o uretral: la coincidencia de la tartamudez y la enuresis, la tartamudez y el estreñimiento espasmódico o crisis pseudoasmáticas es por demás significativa en la clínica infantil).

Cuando no se trate de una espasmofemia pura sino de un habla insegura y salpicada de numerosos síntomas de neurosismo, habrá que dedicarse a la corrección seriada de estos si no se quiere que el enfermo se canse antes de terminar el tratamiento, por el esfuerzo que éste le representa y, sobre todo, por el salto atrás que acostumbra a dar cuando es abandonado por el psicoterapeuta corrector. Éste, por lo demás, no acostumbra a tener tiempo suficiente para dedicarse a esa tarea y por ello hará bien en reclamar la ayuda de un ortofonista o especialista en alteraciones del habla, quien podrá, asimismo, mostrar al sujeto la correcta posición de sus órganos fonadores para la emisión de las sílabas más difíciles.

La principal misión del psicoterapeuta es, pues, la de colocar a la personalidad en condiciones de no crear una nueva estructura neurótica cuando deje la que ahora le sirve de expresión de su desequilibrio. Para ello habrá de realizar aquí, como siempre, un psicoanálisis retrospectivo -no sistemático a menos que la gravedad y la rebeldía del caso lo requieran. Una vez en posesión de los hilos que permiten comprender la génesis de la barrera que se opone a la libre expresión de los pensamientos individuales, procederá a desinsectar, por poco que ello sea factible, al sujeto del medio en que se encuentra refugiado. Con esta medida le obliga a acelerar su reeducación, pues lo enfrenta, necesariamente, con personas

que actúan a su vez de agentes emocionantes y sedantes, ya que van a colaborar con él en su curación. No descuidará, sin embargo, la exploración somática y, sobre todo, la corrección de los obstáculos locales, que contribuyan a dificultar la fluida integración fonética (vegetaciones, amígdalas crípticas, faringitis crónicas, desviaciones de tabique, etc.). Igualmente se procurará corregir, si existiese, la denominada «diátesis espasmofílica», sin que descuide el resto de los recursos. Si se trata, como habitualmente sucede, de púberes masculinos habrá asimismo que asegurarles una buena higiene sexual ya que en ellos la espasmofemia acostumbra a ser secundaria a una falta de satisfacción de este tipo.

BIBLIOGRAFÍA

- J. THENON: *La Neurosis Obsesiva*. Ed. Colegio Libre de E. Sup. Buenos Aires.
- P. SCHILDER: *Psychothempy*. Norton. New York. 1938.
- A. ADLKR: *Der Komplexzwang als Teil Persönlichkeit und der Neurose*. Intern. Z. f. Psychoan. 1935.
- H. HOFFMANN: *liber die Zwangsneurose*. Heine. Tubingen. 1934.
- STOERRING: *Ein Beitrag zum Problem der Zwangspsychopathie*. Z. Neurol. 139. 1932.
- G. BERMAN: *Patogenia de la neurosis obsesiva*. Psicoterapia. 2. 1936.
- STINCHFIELD: *Speech Disorders*. London Kegan Paul. 1933.
- E. MIRA: *Hiperglicemia, parkinsonismo y neurosis obsesiva*. Revista Médica de Barcelona, nº 100.

CAPITULO XIV

Psicoterapia de las neurosis sexuales. Psicoterapia de las toxicomanías.
Psicoterapia de los estados de tristeza, disgusto, ansiedad y dolor.
Psicoterapia de la agripnia.

Es un hecho evidente que en las consultas de los psicoterapeutas se ven con gran frecuencia casos en los que se ha engendrado un estado de desequilibrio individual que es atribuido por quien lo sufre a su falta de eficiencia en la realización del acto sexual: pero estos casos son en su inmensa mayoría pertenecientes al género masculino. Ello podía explicarse por qué el hombre ejerce un papel aparentemente más activo que la mujer en el coito y requiere poseer un mayor entusiasmo y vigor que éste para terminarlo bien; de donde se halla más expuesto a fallar en él y, sobre todo, es más visible o aparente su fracaso.

No obstante, si bien esto es cierto, también lo es que en general el varón manda y la hembra obedece en tal tarea, por lo que aquel tiene a su disposición más recursos e iniciativas que ésta para conservar tenso su apetito sexual en el curso del ayuntamiento. De aquí que, pudiendo elegir los estímulos y situaciones que le sean más específica e individualmente afrodisíacos, haya a *priori* más probabilidades de que el hombre obtenga éxito y satisfacción en esta ocasión que la mujer. Y en efecto, el orgasmo se produce casi siempre en aquel y en cambio falta muchas veces en ésta.

¿Por qué, pues, acude no obstante más el varón que la hembra al psicoterapeuta en demanda de auxilio? La respuesta la hallamos en la diferente valoración y enfoque que -por motivos sociales- tienen ambos sexos de lo que consideran su deber en la intimidad amorosa. El hombre no sufre, en efecto tanto por su falta de *potentia coecundi* como por su creencia de que ésta es signo expresivo de su *total valor viril*. Y la mejor prueba de ello es que son

excepcionales los casos en que se presenta a solicitar la ayuda psicoterápica un enfermo de satiriasis (frenesí genital o priapismo) o incluso de diversas perversiones sexuales que, a priori, podían considerarse como más perturbadoras del equilibrio psiconervioso que la simple impotencia.

Esto precisa y limita en realidad el concepto de neurosis sexuales dándole un contenido mucho más psicológico y social que el que hasta hace pocos años había tenido. Ya no cabe incluir en ellas, en efecto, ni las alteraciones de la conducta sexual de origen psíquico ni las repercusiones directas que sobre el psiquismo puede originar una disfunción sexual sino *el conjunto de perturbaciones psicosomáticas que se engendran en un sujeto cuando éste se halla insatisfecho en sus propósitos sexuales y no ve el modo de compensar tal insatisfacción con otros goces, convirtiéndose entonces en idea prevalente u obsesiva la de lograr, a cualquier precio, el dominio de su aparato sexual que no obedece a su voluntad.*

En su tentativa de evitar una neurosis sexual propiamente dicha una persona puede caer en extremos a veces peores: toxicomanías, perversiones, regresión narcisista-hipocondríaca, etc. Pero ello no ha de ser consuelo para los que engendran aquella; la forma más habitual de su presentación es la denominada «neurastenia sexual» cuyo diagnóstico se formula fácilmente si se comprueba la existencia de un cuadro neurasténico con exclusión de otras causas que no sean las de un sentido y repetido fracaso inicial en los intentos de satisfacción genésica. Sobre la psicoterapia de tales estados se han escrito centenares de obras -sin excluir las dedicadas al tratamiento físico de los mismos. Stekel y Reich -entre los psicoanalistas- se han especializado en este campo y son particularmente interesantes las dos obras del primero en las que trata de la frigidez femenina y la impotencia masculina. No obstante, falta aún en la actualidad un libro en el que con criterio ecléctico y sistemático se trate de este importante problema. Por ello creemos serán de utilidad las normas que a continuación vamos a dar para enfocar, de un modo general y desde un punto de vista práctico, esta cuestión:

Tres hechos hay que tener siempre en cuenta: a) *la relación sexual es un acto psicológico supmindividual, cuando menos binario* y por tanto sus alteraciones no pueden conocerse a fondo si solamente consideramos al elemento que de ellas se queja, sin tener en cuenta los demás (cónyuge o «partenaire» actual, objetos sexuales

anteriores o prospectivos, representaciones anexas a la situación o a la constelación del coito, etc.); b) *el deflejo del coito es el más complicado de los dinamismos prefijados automáticamente en nuestra individualidad* y además requiere para llegar a su normal funcionamiento un «aprendizaje experiencial» (de donde se deriva que son múltiples los factores que pueden perturbar su eficiencia); c) *lo que más hace sufrir al neurótico no es tanto su creencia de ser infeliz como el contraste que establece con la supuesta felicidad de los demás* (por lo que la mera consideración de la universalidad de su caso puede serle ya un gran alivio).

Tres tipos de casos se presentan en la práctica: a) aquellos en los que, aun existiendo un síndrome neurótico sexual evidente, éste forma parte de una *más amplia y profunda alteración psicopática de la estructura psicoindividual* y resulta por tanto apéndice -más o menos sobresaliente- de la misma; b) aquellos en los que la neurosis sexual obedece fundamentalmente a la fijación libidinosa en un objeto sexual inasequible y más o menos reprimido que retiene en el fondo el potencial de acción que debería ser aplicado al coito que ahora falla; c) los que se originan por un defecto inicial en el aprendizaje experiencial que dificulta la total y normal educación del deflejo, viniendo a ser ésta empeorada por la ulterior y excesiva preocupación del sujeto acerca de él.

Cuando nos hallemos ante una insuficiencia, disfunción o parafunción perteneciente al primer tipo veremos con frecuencia que, en primer término, no será difícil hallar en su base algunos signos constitucionales (singularmente endocrinovegetativos) que hagan necesaria una terapia mixta (psicosomática) y general (no limitada a este aspecto de la actividad del sujeto). Tales son los casos en los que aparecen signos de pronunciada intersexualidad, displasia endocrina, hipoplasia genital, etc.

Ante enfermos del tipo b) precisará averiguar si el objeto sexual capaz de normalizarles ha actuado ya sobre ellos -y ahora no es obtenible (por muerte, alejamiento o ruptura de la relación psíquica) si es todavía una «ilusión» nunca satisfecha o si, como ocurre con frecuencia, es una «presencia» solamente incitante pero no suficientemente poseíble. En la primera modalidad se incluyen las neurosis sexuales resultantes de la deficiente liquidación de fijaciones libidinosas infantoadolescentes o la obligada supresión de relaciones plenamente satisfactorias; en la segunda, hallamos los

enamoramientos «ideales» o «imposibles»; en la tercera, los sólo en parte correspondidos.

Ni que decir tiene que será más fácil conseguir un éxito en las neurosis sexuales de los tipos b) y c) que en las del tipo a). De otra parte, en aquellas habrá de emplearse exclusivamente la psicoterapia, en tanto que en éstas, como ya indicamos, será tan sólo un elemento entre los que precisa emplear para su curación. Veamos ahora con un poco de concreción la conducta a seguir en cada una de las modalidades antes referidas:

Impotenciación por desaparición mortal del objeto libidinoso. Cuando alguien nos afirma que desde la muerte de un amante se ha visto atormentado por un desequilibrio psicosexual que le inhabilita para ejercer sus funciones reproductoras y le ocasiona, además, diversas molestias generales, habremos en primer término de analizar que parte tienen en la producción de un tal estado estos factores: a) pérdida del atractivo ejercido por la presencia física del objeto libidinoso, como estímulo absoluto de su arco sexual; b) inhibición producida por un sentimiento de culpa que se revela ante toda infidelidad, más o menos simbólica, a su memoria; c) falta de adecuación del nuevo objeto sustituto al «modus faciendi» habitual del anterior para provocar el orgasmo en el sujeto; d) íntimo deseo del paciente de realizarse ante sí y ante los demás con la expresión de su actual sufrimiento, en compensación a los componentes sádicos de su fijación anterior (en tal caso todo el mundo compadece al «pobre neurótico» diciendo: «cómo quería a su amante»); e) depresión *vital* originada por la pérdida del apoyo existencial que el sujeto hallaba en los consejos, consuelos y protecciones del cónyuge y por el temor a no poder «valerse solo en la vida».

Fácilmente se adivina que estas motivaciones no se excluyen sino que con frecuencia se asocian y por ende toda actuación psicoterápica habrá de procurar invalidarlas simultánea o sucesivamente, según sea el caso. En este aspecto, un primer hecho precisa hacer resaltar ante el paciente: *el amante desaparecido deseaba su felicidad y por tanto él debe procurar obtenerla, precisamente en holocausto a su memoria*, la cual ya no es profanada por la sustitución física de su ausencia por una presencia nueva. No hay que ocultar que esta tesis presenta escasa resistencia ante objeciones de tipo éticorreligioso abstracto, mas es perfectamente defendible desde el punto de vista psicobiológico en que ha de co-

locarse el psicoterapeuta y también desde el enfoque de una ética realista y pragmática, no incompatible con la más pura y elevada espiritualidad en la concepción del sentido de la vida humana. Nunca se ha visto, en efecto, que la vida marcha hacia atrás ni se detenga en su curso: no podemos nutrirnos con el recuerdo de la comida anterior sino con la ingestión de la actual; así tampoco podemos vivir prendidos en la imagen de un muerto sin comprometer gravemente nuestra salud psíquica. Cuando el paciente nos arguye que «quiere» pero «no puede» seguir su nueva ruta habremos de convencerle de que ello es debido a que solamente lo quiere una parte de su individualidad en tanto otra se resiste a seguirla y de aquí deriva precisamente su sufrimiento.

Una segunda medida que se impone es la de obligar al sujeto a que *realice un total cambio del ambiente* en que convivió con su desaparecido amante, para evitar que por asociación se renueve a cada paso el recuerdo de su imagen: otra casa, otros muebles y vestidos, otra organización del tiempo son imprescindibles, pero también lo es otras compañías (hay que prescindir de la visión de los familiares y amigos íntimos del muerto). Un tercer consejo a dar es el de que no se intente satisfacer mecánicamente (o mediante el uso de amores mercenarios) el impulso sexual, en tanto no se haya conseguido una nueva fijación del interés personal en un objeto equivalente, como estímulo erótico, del desaparecido.

Si se busca, en efecto, por parecer más fácil, un «partenaire» inferior, al que no se admira ni quiere, el fracaso es seguro; si se realiza una sustitución imaginativa con él, también lo es. Resulta preferible en tales casos *esperar*, más no pasiva sino activamente, es decir, buscando en los medios adecuados el nuevo objeto libidinoso capaz de reemplazar -quizás con ventaja- al desaparecido.

Neurosis por alejamiento circunstancial o por ruptura de una relación libidinosa estable. En estos casos lo que primero se impone es ver si es posible conseguir el restablecimiento de dicha relación, toda vez que la neurosis es casi siempre la expresión del íntimo deseo -o necesidad- que el individuo siente de volver a ella.

Cuando por obstáculos materialmente imposibles de salvar se impone la renuncia, temporal o definitiva, habrá que distinguir entre estas dos posibilidades: si la renuncia es temporal el sujeto habrá de vivir menos del recuerdo que de la esperanza; si es defi-

nitiva tendrá que reaccionar, como si se hallase en el caso de muerte de su objeto libidinoso, favoreciendo con un cambio general de ambiente y de plan vital el hallazgo de otro equivalente o mejor. Hay que convencer al sujeto que hay más de mil millones de seres humanos que tienen el mismo sexo que el añorado y que por muy exigente que se sea en su elección no han de faltar centenares capaces de sustituirlo, quizás con ventaja. Pero al mismo tiempo habrá que crear vías adecuadas para la derivación del potencial libidinoso reprimido: la gimnasia, el deporte, las distracciones, la creación artística, el trabajo profesional, los viajes, etc., deberán ser asociados al cambio de postura o actitud psíquica frente al problema. Hay que esforzarse en conseguir la *distanciación G alejan-tiento psicológico* del sujeto y su objeto, haciéndole ver que éste sólo aparecía ante él revestido de cualidades porque era suyo, pero que en realidad ahora podía verlo en sus exactas dimensiones y valer con lo que comprobaría que era sensiblemente igual a los demás. Si, como a veces ocurre, el rompimiento se debe a que el tan deseado objeto no se ha atrevido a superar obstáculos que se oponen a la continuación de las relaciones o ha preferido a otro ser, abandonando así al paciente, será más fácil todavía convencer a éste de que aquel *no merecía* su amor, pues a favor de tal actuación tendremos la función de racionalización que nos minimizará su valor (cual ocurre en la célebre zorra de la fábula de La Fontaine).

En algunos casos rebeldes hemos usado con éxito el proceso de condicionalización refleja negativa, a base de hacer contemplar al sujeto una fotografía compuesta, en la que se exageren notablemente ciertos defectos estéticos nimios del objeto inasequible o, incluso, se le agregue un soma animal de otra especie (si la pareja ha huido se le pone un cuerpo de gallina; si ha procedido ladina-mente, un cuerpo de hiena o zorro, etc.).

Si, por el contrario, es el sujeto quien no se atreve a luchar para reconquistar su bien o para conservarlo, habrá que infundirle ánimo y coraje realzando sus posibilidades de triunfo y ayudándole a planear el plan de combate psicológico, a la vez que preparándole una retirada estratégica (en caso necesario) que por lo menos le deje satisfecho de si mismo

Neurosis por posesión «parcial» del objeto libidinoso. Nos atrevemos a afirmar que éstas son las más frecuentes en los países

en que impera la moral sexual tradicional, es decir, en los sometidos a la influencia de prejuicios que constriñen y limitan el goce amoroso. En efecto, por tabús religiosos, económicos, familiares o sociales son muchas las personas que no pueden satisfacer plenamente sus deseos con el objeto de su amor, el cual, no obstante, les corresponde y excita con demostraciones de afecto «permitidas». En tales circunstancias, el ciclo del deflejo queda roto en cualquier momento de su desarrollo y se engendra consiguientemente una retención tensional que pronto o temprano producirá el desequilibrio psicosexual. Estas «relaciones a medias» son a veces peores en sus efectos que la total ausencia de relaciones sexuales. Diversos autores han señalado, por ejemplo, la importancia del «coitus interruptus» en la provocación de accesos de angustia, de crisis pseudoasmáticas o pseudoanginosas, de insomnio y perturbaciones en la erección y eyaculación en el hombre; pero también en la mujer la ausencia de una detumescencia normal provoca estados congestivos de su aparato genital y origina leucorreas, cistitis e incluso metritis y salpingoovaritis capaces de complicar su desequilibrio psicosexual.

Precisa en este aspecto emprender una vasta campaña de divulgación y evitar sobre todo la realización de los denominados actos sustitutivos (masturbación recíproca, coito oral, etc.) que por fuerza habrán de preparar no sólo la impotencia genital ulterior sino estados neurasteniiformes, depresivoangustiosos o irritativos diversos. En la literatura norteamericana han tenido éxito diversos libros científicos respecto a esta cuestión (higiene sexual) adaptados a la doble ideología: religiosa y laica de sus posibles lectores. También en la literatura europea han aparecido algunas de estas obras; señalaremos como preferibles: *Your Maniage*, de Norman E. Himes (profesor de Sociología en la Universidad de Colgate, U. S. A., N. York, 1940), *Sex Satisfaction and happy Marriage*, del Rvdo. A. H. Tyrer (N. York, 1938) y los libros de Van de Velde.

A veces se hará necesario introducir una pausa de 15 ó 20 días entre las pautas anormal y normal de la conducta sexual para asegurar mejor la fijación del goce con la última; en todo caso precisa considerar que éste ha de resultar al principio difícil de satisfacer cuando la anterior ha sido habitualizada (a pesar de sus efectos deletéreos) y por tanto habrá que advertir al paciente que se trata de ejercer en él una *reeducción* que, como toda obra correctora, requiere tiempo, perseverancia, fe y paciencia.

Neurosis por insuficiente «aprendizaje experiencias». Estas han de corregirse con la ayuda de una persona práctica o ducha en lides sexuales, capaz de colaborar con el psicoterapeuta, trasmitiéndole confidencialmente sus observaciones al respecto. Ello ahorrará largos interrogatorios y evitará meses de estéril exploración psicoanalítica en muchos casos. Si es posible hacer ingresar al enfermo en un ambiente sanatorial o trasladarlo a un clima moral en que se halle facilitado su «despertar» técnico, tanto mejor, pues precisa no olvidar que casi siempre los casos en que se observa tal inexperiencia ella es debida al papel coactivo y prepotente que ejerce sobre el paciente algún familiar o persona de autoridad, cuyas anacrónicas concepciones al respecto son el principal obstáculo a la normal evolución de la sexualidad del interesado. De nada sirven en tales casos los tratamientos opoterápicos: ningún estímulo puede igualar en efectividad al natural para estos menesteres, pero precisa desde luego evitar que éste se presente bajo una forma mercenaria: la atracción de la aventura y la idea de su espontaneidad son condiciones esenciales para asegurar la persistencia del interés del aprendiz.

Un caso particularmente frecuente de este tipo se presenta en la llamada «impotencia nupcial» en la que el esposo, acostumbrado a desempeñar un papel relativamente pasivo en intentos de satisfacción mercenaria en los que previas maniobras manuales facilitaba su tarea, se halla ahora inerme ante la desposada que -real o supuestamente inocente- espera que «él haga todo». Si a esta dificultad de la nueva situación se añade el temor a las consecuencias del fracaso se comprende que la visita de estos recién casados sean particularmente desesperadas. Pero afortunadamente es en tales ocasiones cuando el psicoterapeuta puede tener mayores éxitos. Hay que tranquilizarlos absolutamente respecto al curso ulterior de su trastorno; hay que introducir un cierto reposo físico y moral (no se olvide que el período prenupcial es particularmente agitado y rico en emociones de todo orden); hay que hablar con la esposa y, quizás, recomendarle la lectura de algún libro serio para que aprenda su papel (El Matrimonio Perfecto, de Van de Velde, puede ser uno de ellos). En fin, para coadyuvar *sugestivamente* al efecto tranquilizador y supresor del temor, será conveniente prescribir una medicación *tónica general* (descartando el uso de opoterápicos que dan al sujeto la impresión de que realmente «le falta algo» para cumplir bien su misión). Claro está que

al propio tiempo se explorará su vida anterior para ver si en su actual falla no hay motivos más profundos que los antes citados; en tal caso es posible que nos hallemos ante una situación del tipo a) o b) más o menos disimulada y entonces habrá que adaptarse para su tratamiento a las normas ya dadas en las páginas precedentes.

PSICOTERAPIA DE LAS TOXICOMANÍAS

En todo enfermo toxicómano hay que distinguir los síntomas producidos directamente por el tóxico de los originados por el cúmulo de factores que le condujeron a intoxicarse. Estos son, evidentemente, mucho más importantes y difíciles de corregir que aquéllos. Es sabido, en efecto, que los denominados «síntomas de abstinencia» no son tan debidos a un fenómeno de acumulación de anticuerpos como originados por la protesta del sujeto ante la supresión del tóxico y la deshabitación de su organismo al ceremonial de su ingestión. Lo prueba el hecho de que tales síntomas se producen cuando se varía la vía de administración, se altera el preparado usado o, incluso, se afirma al sujeto que ya ha comenzado la desintoxicación, aun cuando en realidad se le siga administrando la propia substancia.

Sería absurdo creer, no obstante, que el tratamiento de una toxicomanía ha de consistir puramente en la supresión forzada de los medios de procurarse el tóxico y en la ulterior labor policíaca, una vez lograda la deshabitación, para evitar la recaída. Un toxicómano es siempre *algo más*; es o un psicópata constitucional, o un fracasado, o un desengañado o un insatisfecho de la vida, por defectos circunstanciales, educativos o mesológicos.

De aquí que la primera labor a desarrollar ante él sea la de llegar a la *mejor comprensión posible de su individualidad*, de sus conflictos y de sus actitudes prospectivas, tanto conscientes como sub o inconscientes. Para esto resulta indispensable la posesión de una historia clínica completa, de un análisis caracterológico y, eventualmente, de una exploración psicoanalítica (sin que ésta haya de llegar a ser totalmente sistemática, pues ello entrañaría una pérdida de tiempo excesiva e innecesaria).

Cualesquiera que sea el tipo de la intoxicación, su grado y duración, es necesario disponer el *aislamiento del paciente en un Sanatorio* y ello tanto más cuanto más prominente sea su posición

social y más apremiantes sus obligaciones aparentes (pues en ambos factores habrá de apoyarse el sujeto para encontrar pretexto y medio de obstaculizar la tarea del psicoterapeuta en su primera fase de lucha contra la «voluntad de invariación»).

Para emprender la tarea de desintoxicación -y sin entrar en detalles técnicos que no corresponden a nuestro objetivo actual- hay que tener presente que son tres los momentos cruciales de la misma, en los que el toxicómano va a desarrollar su sintomatología más impresionante: a) aquel en que se cree que ha empezado a reducirse su dosis habitual; b) aquel en que se cree privado totalmente del tóxico; c) aquel en que se ve libre del control sanatorial. Por ello toda tarea de desintoxicación deberá realizarse de tal modo que el toxicómano se desoriente respecto el curso de la cura y no exista correspondencia entre sus inferencias y el real estado de la misma. Para conseguirlo no hay más remedio que ocultarle la verdad y proceder a las reducciones importantes de la dosis *aun antes de que él espere tal proceder*. De esta suerte se abreviará enormemente el periodo de lucha y cuando la fenomenología de la abstinencia se presente ya se habrá casi efectuado la desintoxicación. Como es natural se seguirán las normas indicadas en los manuales de psiquiatría para atajar la raíz somática de los síntomas, pero además es sumamente útil aplicar la sugestión, incluso hipnótica, para vencer al más rebelde de ellos que es el *insomnio* (siempre existente, aún cuando se reserve la máxima dosis para la noche). A veces resulta útil desorientar al sujeto en el tiempo, iluminando la habitación con luz eléctrica y adelantando o retrasando los relojes; con ello se favorece su deshabitación a la periodicidad de sus manifestaciones de protesta por la falta del tóxico. En todo caso un buen psicoterapeuta no caerá en el error cometido por muchos médicos generales que consideran un triunfo haber desintoxicado a un enfermo cuando lo han intoxicado con otras sustancias: precisa ser sumamente parco en el uso de los sedantes e hipnóticos y recurrir, en cambio, a los medios físicos (hidroterapia en todas sus formas, gimnasia respiratoria, masaje, etc.) asociados a la conversación tranquilizadora para luchar contra tales alteraciones.

De ningún modo se deberá dar al enfermo indicaciones precisas de la marcha de la desintoxicación, pero en general debe afirmársele que ésta se verifica más despacio de lo que lo es en realidad en los primeros días y más deprisa en los últimos (es decir, que conviene que el sujeto crea que toma más cantidad de tó-

xico al iniciar su cura y en cambio conviene que se sienta ya desintoxicado *antes* de lo que esperaba, pues con ello se salva la reacción llamada del «sevrage» o destete, es decir, la protesta que formulará con su «lenguaje visceral» al verse privado de su vicio). No hay nada que desorienta, en efecto, más a un toxicómano que el hecho de que el médico acoja con una benévola sonrisa sus temores de *no poder resistir* la fase final de la desintoxicación y le diga: «amigo mío, puede usted tranquilizarse pues ya la ha resistido: hace 48 horas que no toma usted nada» (y desde ese momento, en efecto, no se le dará más tóxico).

Otra precaución elemental que precisa observar en las curas de desintoxicación es la de no consentir el alta del enfermo una vez que está ya libre de su tóxico y afirma hallarse bien. Por el contrario, es entonces cuando precisa llevar a fondo la exploración psicológica, explicarle los verdaderos motivos de su caída en el vicio y proceder a reforzar su voluntad de no volver a él; para ello, se le proporcionará la *ocasión* de tomarlo, colocándole en su mesilla de noche todo lo necesario y «confiando en su palabra». Asimismo, se le comunicará en este momento que su estado anterior era mucho más conocido del público de lo que él imaginaba y por lo tanto ahora le conviene poder *demostrar* que ya se ha curado, lo cual solamente puede hacerse mediante un certificado periódico que le será suministrado por el psicoterapeuta. Pero para expedirlo se requerirá que *cada mes pase 24 horas de control absoluto en el Sanatorio*. Solamente así se hallará en todo momento en condiciones de responder altivamente ante toda malévolas insinuación o sospecha y evitar que su esfuerzo no sea apreciado debidamente...

Simultáneamente se le pondrá un *plan de vida* que esté de acuerdo con los requerimientos de su individualidad y de su ambiente. Será necesario introducir en dicho plan, además de la cláusula del control periódico, *algo que sustituya a lo que el enfermo quería sustituir con el tóxico* y bajo este aspecto precisa diferenciar los casos según cual fuese éste. En efecto, el alcoholismo se observa preferentemente en sujetos con tendencia al acobardamiento, que sufren -como dice Schílder- de «neurosis social»: desean ardentemente ser admirados y queridos y no tienen fuerzas para conquistar ese aprecio, por lo que se dan a la bebida buscando en ella la obtención del coraje o la alegría necesarias para triunfar en su empresa. Tales sujetos «se hinchan» bajo los efectos del alcohol y «se sienten como un estropajo» cuando no beben; sería absurdo

no atender a esta necesidad biológica, casi siempre ligada a signos constitucionales y por ello, además, de la psicoterapia conveniente habrá que prescribir a estos sujetos una medicación estimulante o euforizante (tal como por ejemplo, la benzedrina en alguna de sus formas específicas). Si, en cambio, el alcoholismo ha sobrevenido tras un fracaso sexual habrá que curar la neurosis determinante del mismo.

En cambio el cocainismo parece hallarse principalmente ligado a la falta de satisfacción de impulsos homosexuales (que, de otra parte, acostumbran a desvelarse francamente bajo su efecto) y en tal caso el plan de vida propuesto habrá de evitar la posibilidad de una derivación que hiciese «el remedio peor que la enfermedad»; para ello habrá que proceder a la virilización del cocainómano y a la feminización de la cocainómana ofreciéndoles el adecuado ajuste de su desviada libido.

La elección de un buen «hobby» -distracción o goce auxiliar e inofensivo- es sumamente provechosa. Si este «hobby» puede a la vez resultar útil para la formación cultural o social del toxicómano, tanto mejor. Y no se olvide que se trata siempre de sujetos pre-dispuestos a adentrarse con facilidad en sus hábitos, pues tienen particular facilidad para el entusiasmo pasional y propenden a la denominada *iteración* (repetición casi litúrgica) de sus actos.

PSICOTERAPIA DE LA TRISTEZA Y LA ANSIEDAD

El estado de tristeza no ha de ser confundido, desde el punto de vista de su calidad vivencial, con otros que pueden semejarse a él o asociársele. Fundamentalmente se caracteriza por una peculiar depresión afectiva que sin embargo no impide al sujeto que cumpla con sus obligaciones y requerimientos profesionales o sociales. Ha huido de él, no obstante, «la sal de la vida»; hace todo por inercia, casi como un autómeta, sin sentir deseos especiales de ningún género, como no sean los de *no hacer nada*. Se ha perdido, pues, el *impulso existencial* y el sujeto *se deja llevar por los demás*, sin protestas ni entusiasmo. Para saber si este *vacío afectivo* es primitivo o secundario a una depresión vital más amplia, precisa investigar en la esfera de los recuerdos y ver si la ausencia de una prospección, es decir, de una tensión hacia el futuro, no se debe en realidad a que el sujeto se halla subconscientemente prendido

en algún acontecimiento psíquico que ha truncado su anterior felicidad al interrumpir bruscamente sus planes (originando el consiguiente disgusto o decepción). En tal caso, en realidad no faltan fuerzas al sujeto sino que, por así decirlo, éste carece de interés para ponerlas en marcha. En cambio, cuando existe una depresión vital propiamente dicha, se observa la caída del biotono en todas las esferas de la individualidad y de nada sirve a la zona consciente de ésta el intento de reaccionar; el sujeto ahora *quiere pero no puede*.

Fácilmente se comprende que esta distinción tiene su importancia, pues mientras el estado de tristeza se vence sugiriendo al sujeto un nuevo ideal prospectivo, el de depresión vital requiere un plan que obre, mucho más profundamente, estimulando todas las fuentes energéticas del sujeto. Ahora bien, lo primero que precisa conocer para realizar la «destristeza» es ver si se puede conseguir para el sujeto un efectivo sustitutivo del bien perdido, que le permita readaptarse a su anterior módulo de conducta. Si ello resulta imposible, habrá que bucear en las primitivas aficiones de la persona y ver si es posible reactivar intereses no satisfechos otrora y ahora cultivables. Cuando ello tampoco es factible, hay que, con tacto y habilidad, desplazar la atención del sujeto hacia quienes sufren más que él y pueden ser aliviados con su diligencia. Ahora que él no tiene un real objetivo en la vida es cuando puede darse al más bello y noble de los ideales: la ayuda al prójimo, en cualquiera de sus formas. Si él no puede crear su alegría, podrá en cambio verla crecer a su alrededor y al sentirse un poco autor de la misma recibirá una íntima satisfacción que le hará reconciliarse nuevamente con la vida. Es así como puede ser una buena actuación psicoterápica la de presentar ante el sujeto a otros *ex tristes* que lo estuvieron por motivos parecidos a los de él y que han superado tal estado, consolando a quienes ahora lo están. Tratándose de personas de edad, la presencia de un enfermero o enfermera jóvenes puede ser de gran valor psicoterápico, pues ante ella acostumbran a reaccionar los enfermos tomando una actitud maternal o paternal, haciendo consideraciones acerca de su filosofía vital y dándoles consejos, con lo que olvidan su propio caso y salen de su inercia. En cambio ante el psicoterapeuta se sienten disminuidas y no es infrecuente que reaccionen a sus insinuaciones y consideraciones de un modo ambivalente (No hay

que olvidar que la resistencia del carácter aumenta con el equilibrio de edad a medida que ésta avanza cuantitativamente).

Siempre que sea posible se procurará que el enfermo sea pasivo asistente o espectador a espectáculos y conversaciones de «camera», en atmósfera suave y sin excitaciones intensas. Pronto se le dará ocasión para desplazarse pasivamente (paseo en auto, buques, etc.) y cambiar de ambiente físico. Luego se le instará a realizar algún juego que esté de acuerdo con sus primitivos intereses y vocaciones infantiles. Por fin, se le procurará un horario que le llene su «vacío psíquico» y paulatinamente le obligue a readquirir una prospección activa.

La lucha contra los estados *distímicos*, sobre todo si son de base situacional, requerirá por parte del psicoterapeuta el empleo de todas las filosofías optimistas de la vida o, si éstas fallan, de las filosofías estoicas o, en último término, de la resignación hólica (compensación en el Más Allá). La más concisa fórmula ante los disgustos nos la da la filosofía hindú: «si tienen tus penas arreglo por qué te preocupas? Si no tienen arreglo, para qué te preocupas?». En todo caso, hay que liberar el potencial de rabia almacenada, que siempre existe subyacente en el disgusto, dando ocasión al sujeto de reaccionar de algún modo: el más sencillo de esos desahogos consiste en dejarle que cuente una y otra vez, con todo lujo de detalles, los antecedentes e incidentes de la situación traumatizante, aprovechando la presencia de nuevas personas para que cada una de ellas le apunte una observación tranquilizadora: «no hay mal que por bien no venga», «peor habría podido ser», «ahora ya ha pasado», «no hay que perder el tiempo en lamentarse sino emplearlo para realzarse», etc. Cuando el disgusto aparezca notablemente superior a sus motivos ocasionales habrá que sospechar la existencia de un factor oculto: un sentimiento de culpabilidad que se descarga en tal oportunidad; un secreto deseo de llamar la atención y ser querido, mimado y compadecido; un factor no confesado, etc. Entonces se impone una exploración psicoanalítica, a poder ser con el método de las asociaciones determinadas, para extraer «el clavo» traumatizante. Si la exploración nos denota que existe una real depresión vital, habrá que asociar a la verboterapia los recursos tonificantes más apropiados para restablecer las fuerzas del paciente; en este aspecto pueden hallarse indicadas inyecciones de corteza suprarrenal si existe hipotensión minimal.

Los síndromes de ansiedad, casi siempre coexistentes con un estado de duda, han de ser tratados mediante una persuasión un tanto impositiva, que lleve al sujeto a integrar nuevamente sus desordenados y estériles movimientos en un esquema práxico rítmico, adecuado y fácil. La relajación progresiva de sus músculos coetáneamente con un ejercicio respiratorio amplio y progresivamente lentificado; la captación del elemento o hipótesis causal o desencadenante del síndrome; la reconstrucción del proceso que lo mantiene y su explicación al propio sujeto; la abertura de nuevas perspectivas y el principio -coactivo- de una nueva conducta que discurra por las seguras vías del plan preestablecido son fases que parecen inevitables en la terapia de la ansiedad.

Pero no podrán recorrerse sin antes establecer el diagnóstico diferencial con la ansiedad sintomática de malestares orgánicos (metabólicos, vasculares, tóxicos, etc.). Y aun tratándose de un caso puramente psicógeno, falta averiguar si responde a una motivación actual o pretérita, si obedece a una causa real o imaginaria, si es por pérdida de objeto libidinoso, por fracaso ante él, por equipotencia de tendencias contradictorias, etc.

PSICOTERAPIA DEL DOLOR

En cuanto a la Psicoterapia de los *dolores* -cuando estos sean tributarios de ella- ha de basarse en localizarlos lo más posible en el campo vivencial, en hacer adoptar ante ellos por el sujeto una actitud de análisis lo más objetiva que sea factible conseguir y en disminuir el sufrimiento resultante, a base de dirigir la atención hacia los sectores somáticos más alejados del territorio álgico y de poner en movimiento, paulatinamente, zonas musculares cuya tensión absorba parte de la energía excitatriz liberada en los centros sensitivos. Si bien es cierto que los grandes dolores tienden a inmovilizar al sujeto, no lo es menos que la parálisis o inhibición motriz los refuerza y por ello al cabo de un tiempo se observa con frecuencia una serie de violentas descargas motrices (el paciente lanza alaridos y se revuelca de dolor, que sirven para aliviarlos momentáneamente).

Posiblemente la denominada «contractura de defensa» que se observa en la región muscular correspondiente al foco algógeno no tiene por finalidad su protección contra estímulos externos si-

no, más bien, el drenaje de corriente psico-nerviosa hacia el arco eferente de las metámeras correspondientes. Prueba de que esa defensa es eficaz amortiguante del dolor, la hallamos en el hecho de que quienes van a recibir un golpe o una herida y contraen violentamente el plano muscular subyacente a la parte que será traumatizada, consiguen con ello disminuir notablemente la percepción del dolor. Por esa misma razón se aconseja apretar los maseteros o contraer enérgicamente los puños en las operaciones sin anestesia.

Pero, de otra parte, también es posible -por autohipnosis- inhibir directamente los centros sensitivos y llegar a no sentir el dolor. Este método, que requiere para poder ser obtenida un largo entrenamiento. De aquí que no sea práctica. Sin embargo, se puede intentar, por vía de ensayo, en cada enfermo la consecución de ese estado indicándole que intermitentemente -cada medio minuto por ejemplo- se dedique a concentrar activamente su atención en la resolución de un problema difícil de cálculo, que requiera hacer un gran esfuerzo imaginativo (multiplicar de memoria un número de 3 cifras por otro de 3, por ejemplo). Entonces el sujeto comprobará que mientras su concentración es efectiva, disminuye notablemente el dolor y ello le animará a proseguir en esa gimnasia mental que consiste en desplazar a voluntad el foco de la conciencia y convertir artificialmente en «centro de actividad prepotente» ésta o aquella área del mosaico cerebral.

La supeditación del dolor -incluso en las enfermedades orgánicas- al factor psíquico se observa en su tendencia a presentarse de un modo exacerbado en determinadas horas y momentos que tienen una relación condicional con las circunstancias ambientales y, por tanto, se hallan en relación con el reloj y no con la marcha del proceso. La simple expectación de la crisis algica la provoca o intensifica, cualquiera que sea su naturaleza; hasta los dolores del cáncer obedecen a esta condicionalización psíquica. Es, pues, posible proceder a una inhibición de los mismos siguiendo un proceso de condicionante inverso al que los ligó a tales o cuáles estímulos no directamente absolutos (lesionales). Con ello el psicoterapeuta habrá aliviado la situación del enfermo y habrá ahorrado una buena parte de la medicación estupefaciente.

PSICOTERAPIA DEL INSOMNIO

Hay insomnios corticales -propios de los intelectuales- que se caracterizan por la imposibilidad de dormirse hasta altas horas de la madrugada. Hay insomnios mesencefálicos típicos de los estados tóxicos y de los síndromes depresivoneurasténicos, que provocan un precoz despertar del paciente, el cual ya no puede volver a conciliar el sueño. Finalmente, hay insomnios *totales*, muy raros de observar, en los que el sueño falta por completo.

Lo corriente es que el sujeto exagere notablemente sus afirmaciones respecto a la gravedad y duración de su agripnia, sobre todo si tiene una disposición psicopática. Contribuyen a esta exageración dos factores: a) la ausencia de conciencia del tiempo en que está dormido; b) la tendencia a ser compadecido y a presentarse como un caso «extraordinario», capaz de una resistencia mayor que el resto de los mortales. Es positivo, en efecto, que la mayoría de los insomnes hacen, en contra de lo que afirman, todo lo posible para no dormirse al ponerse a leer o al dedicarse a toda suerte de manipulaciones y ensayos de posturas, al tener la luz encendida, al autoobservarse y, sobre todo, al querer dormirse voluntariamente. Con ello mantienen un estado de excitación cortical que hace imposible la inhibición extensible que les conduciría al sueño.

Sostienen los psicoanalistas que en gran número de casos el insomnio es una protesta (el sujeto se opone a las reglas del mundo y se obstina en vivir de noche al revés de los demás) en otros un temor (a morir en el sueño y no despertar ya más) y en otros un autocastigo (por remordimiento o autorreproche) o una venganza contra quienes conviven con el enfermo (ya que éste les impide a su vez el dormir). Todos estos y otros motivos se encuentran, en efecto, en el análisis de los insomnes, pero junto con ellos existe casi siempre un factor neurofisiopatológico que es el determinante de su falta de inhibición cortical. Tal factor lo hallamos casi siempre en un excesivo gasto energético producido por una hiperemotividad; de aquí que para conseguir que el sujeto llegue a conciliar su sueño durante la noche *haya que empezar por tranquilizarlo durante el día*. De nada sirve acumular hipnóticos ni realizar toda clase de ceremonias vespertinas para dormirse si antes no se ha dispuesto una sedación del ánimo y una reequilibración psiconéu-

rica que permita al encéfalo seguir su ritmo normal de alternancia funcional.

Un recurso que hemos empleado concretamente para conseguir el sueño en las personas capaces de un cierto control intelectual consiste en indicarles que sigan las primeras fases de la terapia autorrelajadora de Schultz y una vez alcanzado el 4º estadio (véase el capítulo VI) se impongan una tarea de complicación creciente y se dediquen a ella sistemáticamente hasta provocar la fatiga cerebral que conducirá a la formación (por inducción) de la onda inhibitoria. Doblar números, sustituir palabras por símbolos, de acuerdo con un código o clave previamente elegidos, dedicarse a contar imaginativamente grande? masas de objetos, construirse un diccionario (todas las palabras que comiencen por a, ab, ac, etc.) *sin interrumpir con pausas tal ejercicio ni preocuparse demasiado por su exactitud*, es un procedimiento inmensamente superior al habitual de dedicarse a rezar o recitar poesías u otras tareas automatizables, que salvan por tanto al Yo de participar en ellas directamente.

De un modo general puede decirse que la hidroterapia tibia y algún recurso sedante inofensivo así como el masaje vibratorio cefálico leve, son buenos coadyuvantes a la acción psicoterápica que habrá de ir principalmente destinada a conseguir que el sujeto *pierda su temor a no dormirse o a dormirse y no despertarse*.

BIBLIOGRAFÍA

- M. HIRSCHFELD: *Handbuch der Sexualwissenschaft*. Berlín. 3 tomos. 1930.
W. STEKEL: *Störungen des Triebs-und Affektlebens*. Berlín. Urban Schwarzenberg. 10 tomos.
- *La Femme frigide*. Trad. Gallimard. 15³ ed. París. 1940.
- *L'Impuissance de l'homme*. Id., id,
G. BERMAN: *Toxicomanías*. Ed. Ateneo. 1926. Buenos Aires.
ROGER: *Les troubles da sommeil*. París. Doin.
MIRA: *La lucha contra el dolor* (en Problemas Psicológicos Actuales). 2ª ed. El Ateneo. 1941.

CAPITULO XV

La profilaxis mental. Desarrollo y fines de las Ligas de Higiene Mental. Bases para la lucha contra las causas «evitables» del sufrimiento psíquico. La Psicoterapia Social.

LA «PROFILAXIS» O «HIGIENE» MENTAL

En estricta conexión con el anhelo de disminuir o suprimir científicamente los sufrimientos debidos al desequilibrio o la enfermedad mental se ha desarrollado a fines del siglo pasado, y sobre todo en el presente, la idea de luchar contra las causas conocidas de trastorno mental y de fortificar y mejorar la personalidad humana para hacerla más resistente a enfermar. Ambos fines definen la ciencia aplicada de la «higiene mental», en cuyas posibilidades de eficacia va implícito el porvenir de la humanidad. Los países más avanzados y los más necesitados de equilibrio psíquico dedican a esta «profilaxis psiquiátrica» una atención preferente: los Estados Unidos de Norteamérica, Alemania y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, sirven actualmente de modelo a quien desee estudiar a fondo la organización y las técnicas de la higiene mental. Pero en todas las naciones cultas se siente cada vez más la necesidad de cultivar y proteger científicamente su máxima riqueza: el potencial psíquico de sus habitantes. Por ello después de la guerra mundial se constituyeron rápidamente en las cinco partes del mundo comités y ligas pro higiene mental y ha sido factible celebrar en Washington (1930) el primer Congreso internacional de esta ciencia, en el que más de 4.000 representantes nacionales eligieron al infatigable Clifford Wittingham Beers (fundador y propulsor de este movimiento en Norteamérica) para asegurar el enlace de sus esfuerzos, desde la secretaría general del comité internacional. El 2º se celebró en París el año 1937. En Es-

paña funcionó desde el 27 de Enero de 1927 hasta el final de la guerra española en 1939, con carácter oficial, una Liga Española de Higiene Mental, cuyos fines esenciales son:

- 1° Prevenir los trastornos mentales y los desequilibrios nerviosos.
- 2° Estudiar la mejor asistencia psiquiátrica y conseguir su implantación en todos los sanatorios y frenocomios del país.
- 3° Vigilar posteriormente la forma en la cual se realiza dicha asistencia.
- 4° Difundir estas enseñanzas en los medios que las requieren.
- 5° Estudiar y vulgarizar por medio de propaganda intensa en el público los principios fundamentales y la importancia de la higiene mental.
- 6° Organizar una estadística de los trastornos mentales.

Desde fines de 1932 funcionó también una Liga Catalana de Higiene Mental, que se propuso «estudiar y adoptar los medios para prevenir los trastornos mentales, mejorar la asistencia médica y social de los enfermos psíquicos y favorecer la higiene mental en todos los aspectos de la actividad humana, tanto individual como colectiva». Para ello se encontraba dividida en las siguientes secciones: 1ª, propaganda y educación popular; 2ª, asistencia médica y social a los enfermos psíquicos; 3ª, pedagogía; 4ª, orientación profesional e higiene psíquica de los trabajadores; 5ª, legislación; 6ª, prevención de la delincuencia; 7ª, lucha contra las enfermedades venéreas y las intoxicaciones; 8ª, estadística.

En casi todas las repúblicas sudamericanas funcionan asimismo comités nacionales de higiene mental. En la Argentina, bajo la presidencia del Dr. Gonzalo Bosch, este movimiento lleva un creciente impulso y es de esperar que pronto adquieran sus efectos una repercusión ostensible en la obra legislativa y social del país.

Considerando ahora en particular los principales problemas que debe resolver la higiene mental, los dividiremos en dos grupos, de acuerdo con su doble finalidad; 1º, el combate contra las causas de trastorno psíquico; 2º, la obtención del óptimo desarrollo de las aptitudes psíquicas y el máximo equilibrio de las mismas en una personalidad hígida y armónica.

BASES PARA LA LUCHA CONTRA LAS CAUSAS «EVITABLES»
DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

Para obtener el primer objetivo, la higiene mental tiene, en primer lugar, que luchar contra las denominadas «causas hereditarias» de los trastornos mentales. Dos son los medios que se ofrecen para ello: la *esterilización de los sujetos portadores de taras psiquiátricas graves* y la *evitación del matrimonio siempre que uno o los dos futuros cónyuges no ofrezcan suficientes garantías para procrear hijos mentalmente sanos*.

Desgraciadamente, ambas medidas eugenéticas son difícilmente realizables y además insuficientes. En un reciente y documentado trabajo, el Dr. Krapf ha expuesto objetiva y exactamente el estado actual del problema y evidencia lo arriesgado que resultaría una implantación sistemática de las técnicas de esterilización, incluso en los casos de psicosis endógenas más graves. Menos comprometido resulta, en cambio, el *reconocimiento médicopsicológico prenupcial*, del cual pueden derivarse el certificado de aptitud para el matrimonio y el «consejo» nupcial.

Para luchar contra las causas *intrauterinas y obstétricas* de alteración mental se impone conseguir legislativamente y socialmente una buena higiene psicofísica durante el *embarazo* materno y una asistencia médica sistemática durante el *parto*, no hay duda que buen número de oligofrenias y epilepsias podría ser evitado a través de las obras de protección y asistencia de la mujer embarazada; la difusión, en el pueblo, de los conocimientos higiénicos de la denominada «puericultura antenatal» sería asimismo un eficaz recurso.

Una vez nacido el sujeto, la obra de la higiene mental se confunde, de una parte, con las de las diversas luchas contra las «enfermedades evitables» (infecciosas y heterotóxicas, principalmente) y, de otra, con las actividades de la moderna pedagogía científica, que aspira a conseguir la formación de hábitos adecuados de reacción del niño en la escuela, en la familia y en la sociedad.

Estamos convencidos de que una educación ortofrénica o una reeducación terapéutica oportuna pueden salvar un gran porcentaje de predispuestos y obtener la corrección de disposiciones psicopáticas que, más adelante, constituirían motivos de preocupación seria para el psiquiatra. Por ello la labor de la higiene mental en este aspecto ha de dirigirse a reforzar la actuación de las Ligas de

Educación Nueva, los dispensarios de puericultura, los centros de observación psicológica, clínicas de conducción infantil (Child Guidance Clinic), etc., y a difundir entre las masas los preceptos fundamentales de la educación y formación del carácter de los niños.

Como muestra de este tipo, eficaz, de actuación, copiamos a continuación el resumen de un decálogo educativo profusamente repartido en España a los padres por la sección de Psicopedagogía del Instituto Psicotécnico de Barcelona:

- 1º Es necesario «aprender» a educar.
- 2º No tenemos derecho a educar a nuestros hijos como nos ^{nía} ~~7ra~~.
- 3º El instrumento más eficaz -y quizás el único eficaz- de que disponen los padres para la educación de sus hijos es el ejemplo que estos saquen de sus propias acciones
- 4º Así como los ideales de la educación física (corporal) son los de favorecer el desarrollo del cuerpo y conservar el estado de salud mediante la observación de reglas higiénicas (referentes a la alimentación, el vestido, la limpieza, la ventilación, la iluminación, el ejercicio físico, el reposo nocturno, etc.), los ideales de la educación psíquica (espiritual) son los de obtener el máximo desarrollo de la *sociabilidad, bondad, serenidad, inteligencia, energía y sabiduría* de cada individuo.
- 5º Puede resumirse la misión de los padres en la educación de sus hijos con las siguientes palabras: *guía, protección y estímulo*. Nunca deben, en cambio los padres coaccionar, adular o engañar a sus hijos.
- 6º Los padres no deben poner nunca a un niño (propio o extraño) como ejemplo a imitar por alguno de sus hijos.
- 7º Los padres no han de dejar de contestar las preguntas de sus hijos.
- 8º Los padres no deben pelearse ante sus hijos ni hablar mal uno de otro.
- 9º Bajo ningún pretexto debe infligirse a un niño un castigo corporal.
- 10º El secreto de la educación moral del niño es conseguir que su amor propio se ligue al deseo de ser digno de sí mismo y merecer la admiración por sus virtudes.

Asimismo deberá preocuparse la higiene mental en intervenir de un modo eficaz en el magno problema de la *educación sexual*, si se quiere evitar la génesis de múltiples trastornos psiconeuróticos y psicóticos en cuya estructuración tiene un papel importante la insatisfacción, la perversión o el abuso genésico. Se hace imprescindible organizar la «información» pedagógica de las cuestiones sexuales y superar el absurdo tabú que por gazmoñería y prejuicios extracientíficos pesa en los países integrantes del mundo latino acerca de ellas. La adecuada distribución de los escolares en los distintos tipos de organizaciones pedagógicas, de acuerdo con sus particularidades psicológicas, su periódica vigilancia para la inspección médico-escolar, su debida orientación profesional, realizada por los centros técnicos correspondientes, son otros tantos objetivos que al realizarse debidamente previenen gran número de trastornos mentales.

Finalmente, precisa que la higiene mental luche también contra todas las causas psíquicas consistentes en estímulos morbosos, capaces de excitar las bajas pasiones de la Humanidad: el control de la producción literaria, de las obras teatrales y cinematográficas, de las propagandas extremistas, sean del tipo que sean, y sobre todo *de los libros seudocientíficos*, en los que bajo un barniz de seudoerudición se estimulan las perversiones sexuales o las creencias mágicas (folletos sobre espiritismo, hipnotismo, naturismo, deísmo, etc.), es de una inaplazable urgencia que se establezca oficialmente de un modo sistemático y se confíe a *elementos de la máxima solvencia técnica*, alejados de los partidismos políticos, religiosos y económicos sociales.

En cuanto al segundo objeto de la psiquiatria, o sea la obtención de la máxima eficiencia de las aptitudes psíquicas y del más sólido equilibrio entre las diversas tendencias de reacción de la personalidad, es también fundamentalmente de naturaleza pedagógica, y para conseguirlo se requiere fomentar la difusión de los conocimientos psicológicos, éticos y sociológicos, de suerte que cada joven posea una normal concepción de sus deberes y una «intuición del mundo» (Weltanschauung) en cuya estructura no existan contradicciones. Además, se hace necesaria la práctica sistemática de la gimnasia mental y la introducción de juegos pedagógicos que sirvan para el desarrollo de las diversas aptitudes psíquicas de un modo equilibrado, evitando toda polarización ex-

cesiva y precoz de los intereses infantiles hacia un determinado campo de actividad.

Los centros encargados de difundir y practicar las técnicas de la higiene mental son los dispensarios de higiene mental que, en lo posible, *deben estar alejados de los establecimientos psiquiátricos*, pues de lo contrario son los posibles consultantes quienes se alejan de ellos. En este aspecto cabe decir que el principal defecto de la actual organización de la higiene mental es, precisamente, el de ser excesivamente manipulada por los psiquiatras; esto ha tenido como consecuencia que casi todos los dispensarios de higiene mental resultan en realidad dispensarios de *asistencia* psiquiátrica más o menos encubierta, y por ello el sujeto sano siente una instintiva repugnancia a utilizarlos. Pero la labor propiamente higiénica o profiláctica ha de hacerse precisamente en él; por ello nuestro criterio es el de centrar tales dispensarios alrededor de los Institutos de Psicología Aplicada (Psicotecnia), y en este aspecto podemos ofrecer los brillantes resultados que llegamos a obtener en el consultorio de higiene mental del Instituto Psicotécnico de Barcelona, al cual acudía una notable cantidad de personas *mentalmente selectas* en demanda de consejos para conservar o aumentar, si cabe, su higidez psíquica.

No obstante, este criterio no invalida la necesidad de que los establecimientos psiquiátricos realicen también, en la medida de sus posibilidades, la obra profiláctica y organicen, lo más periféricamente posible de sus límites topográficos, sendos dispensarios de higiene mental.

PSICOTERAPIA SOCIAL

Por último, la profilaxis de los sufrimientos mentales ha de enlazarse con las tareas de la denominada Psicoterapia Social, en las que habrán de intervenir, además de los psiquiatras y psicoterapeutas, las organizaciones técnicas de Pedagogía, Sociología, Psicología, Economía y Jurisprudencia. No ha de confundirse, en efecto, esa actuación con la denominada Psicoterapia de grupo, que encaramos en el capítulo X, ya que ésta ha de centrarse alrededor de los Sanatorios y Clínicas Psiquiátricas, en tanto aquella ha de ejercerse, disimuladamente, en los diversos ambientes en donde pueden converger las causas del sufrimiento colectivo.

Para organizar la primera basta con que lo dispongan así los Jefes de Servicio de los correspondientes centros médicos; en cambio, para efectuar la segunda se requiere una total transformación del Estado y un reajuste de sus relaciones con la Sociedad y con el individuo. Hoy todavía puede decirse que la tarea ingente de la Psicoterapia social está supeditada a la inspiración y a los intereses de los grupos políticos que controlan la vida nacional. Pero es de esperar y desear que en un futuro, más o menos remoto, las condiciones de vida de la Humanidad sean tales que permitan reducir al mínimo los casos de sufrimiento y desadaptación mental, de suerte que cada hombre o mujer se sientan, además de individuos, miembros felices del gran ser y, como tales, adquieran la serenidad y trascendencia necesarias para no verse afectados psíquicamente por la enfermedad, ni siquiera por la muerte.

En el logro de tan bello ideal, nuestra ciencia no ha de escatimar esfuerzos y cada uno de sus cultores habrá de poder ser ejemplo vivo del modelo humano que aspire a crear.

APÉNDICE

Hemos dudado mucho antes de agregar este Apéndice a nuestro texto, pues en realidad su contenido no corresponde estrictamente al título del volumen. Pero nos hemos decidido a dar al médico general algunos de los medios que pueden servirle para adquirir una correcta orientación acerca de la estructura personal de sus enfermos. Sin diagnóstico acertado no puede haber terapia efectiva; he aquí por qué hemos dado a la imprenta lo que sigue. En cuanto a nuestros métodos de «Psicodiagnóstico creiokinético», lo juzgamos aun en formación y por ello omitimos ponerlo en manos no especializadas.

1) LA PRUEBA DE LAS ASOCIACIONES DETERMINADAS¹

Pertenece a Jung y a su escuela psicoanalítica de Zurich el mérito de haber puesto de manifiesto el inmenso valor que esta antigua prueba psicológica (debida a Galton y posteriormente estudiada por Wundt, Kraepelin y Aschaffenburg, entre otros) tiene para la exploración de los complejos. La base de esta experiencia reposa sobre el siguiente hecho: cuando se presenta a cualquier sujeto -por vía auditiva o visual- una palabra (denominada palabra inductora o palabra-estímulo), provocamos en su cerebro un reflejo asociativo que supone -entre otras cosas- la

1. Ver la página 130 del texto.

evocación más o menos compleja de todos los hechos psíquicos que se encuentran relacionados con dicha palabra en el sujeto experimentado. En virtud de las clásicas leyes de las asociaciones, todos los elementos psíquicos se encuentran constituyendo *series*, integradas de tal manera que la evocación de cualquiera de sus elementos tiende a provocar la evocación de todos los restantes.

Existen, sin embargo, grados en la intensidad de estas asociaciones, de manera que la evocación de los elementos relacionados con una palabra-estímulo cualquiera no tiene lugar en virtud de una preferencia cronológica o espacial, sino en razón de la *cantidad afectiva común* que los liga a ella. Así, por ejemplo, la palabra *rosa*, en condiciones normales, acostumbra a despertar en primer lugar la idea de *flor*, pero si la decimos a una chica a la cual su prometido acaba de regalar una rosa, entonces más probable es que dicha palabra evoque en su espíritu una intensa corriente afectiva y todas las asociaciones que provoquemos con esta prueba se dirigirán en un sentido determinado, es decir, corresponderán a la dirección marcada por dicha corriente. Se designa con el nombre de *constelación* el conjunto de influencias afectivas que determinan el curso de las asociaciones en un momento dado. Como se comprende, la prueba de que hablamos sirve justamente para el examen indirecto de las constelaciones personales en el momento de la experiencia.

Hemos dicho examen indirecto. En efecto, no hemos de olvidar que las fuerzas represivas de la censura consciente del sujeto se oponen a la manifestación clara y libre de los complejos, y estos son precisamente los más importantes determinantes de la constelación existente durante el examen. Por esto sucederá que cuando la asociación natural determinada por la constelación esté a punto de ser expresada (y por consiguiente comience a ser descubierto el complejo subyacente), intervendrá la represión e inhibirá dicha respuesta, substituyéndola por otra, aparentemente desligada de ella e indiferente. Pero este cambio, forzado, no ha podido hacerse sin dejar rastro: se ve como la persona titubea, se agita ligeramente, da señales de intranquilidad o nerviosismo, tarda en contestar, tartamudea, en una palabra: presenta signos de una alteración emocional. Y bien: Jung sostiene que siempre que esto sucede, es decir, siempre que una palabra-estímulo provoca un *choque afectivo* en la persona examinada, es porque dicha palabra ha llegado o tocado (asociativamente) el complejo subconsciente.

¿Cuál es la técnica de esta prueba? El examinador coloca su sujeto cómodamente sentado, le venda los ojos para evitar toda distracción, se sienta cerca de él con la lista de palabras-estímulos, lápiz para anotar las respuestas y las observaciones que haga, y un cronógrafo que marque décimas o quintos de segundo. A continuación da las instrucciones en la siguiente forma: «Voy a decirle una serie de palabras de una en una. Usted me hará el favor de fijarse bien en cada palabra de las que yo le diré y acto seguido me responderá con la primera palabra o reflexión que se le ocurra. Se trata, pues, de que usted se ponga en una actitud pasiva, sin pensar en nada, se deje impresionar el cerebro por cada una de las palabras que yo le diré y me comunique lo que primeramente se le acuda como resultado de esta impresión, por extraño y absurdo que le parezca». Si la persona nos dice que no ha comprendido estas instrucciones, procuraremos ampliarlas hasta hacerle comprender lo que pedimos de ella, pero en ningún caso le pondremos ejemplos prácticos de los resultados obtenidos con otros sujetos, puesto que es muy fácil que entonces la persona tome dichos ejemplos al pie de la letra y nos dé únicamente asociaciones del tipo correspondiente a ellos.

El examinador ha de registrar durante la prueba: a) las décimas o quintos de segundo transcurridos entre la enunciación de cada palabra-estímulo y la obtención de la respuesta correspondiente; b) la respuesta en cuestión, copiada *aá pedem. litteram*; c) todos los signos objetivos que la han acompañado (cambio de voz, repetición de la pregunta, titubeo, movimientos de impaciencia, etc.). Una vez terminada la prueba, se deja descansar al sujeto breves instantes y se le invita seguidamente a escuchar otra vez la lista de las palabras-estímulo y a repetir las *mismas contestaciones* que ha dado en la experiencia original. En esta segunda prueba se anota igualmente: el tiempo que tarda en dar la contestación, la reproducción correcta o incorrecta de ésta y la conducta de la persona durante el tiempo de la evocación.

Como se comprende, no es de ningún modo indiferente la elección de las palabras-estímulo. Si se tiene en cuenta que la experiencia no puede prolongarse indefinidamente, se hace necesaria una verdadera selección de las palabras, de modo que con un *mínimum* de ellas se pueda despertar un *máximum* de complejos. Por esto, generalmente se utiliza una lista de cien palabras que han sido cuidadosamente escogidas, ensayadas y juzgadas como más propias para este fin. A más, para facilitar la inscripción de

los resultados, se utilizan también unas hojas-registro especiales, en las cuales existen columnas *ad hoc* para cada uno de los datos que hay que anotar. A continuación exponemos el facsímil de una de las hojas utilizadas por nosotros, con la lista primitiva de Jung, modificada de acuerdo con las particularidades de lenguaje inherentes a la diferente nacionalidad de nuestros enfermos.

Ejemplo de hoja registro para la prueba de las asociaciones determinadas, hecha de acuerdo con la técnica de Jung y Bleuler

(Los resultados de esta experiencia corresponden a una persona adulta que no ofrece ningún signo de anormalidad mental)

Palabra Estímulo	Respuesta	Tiempo en 1/5 de segundo	Observ.	Reprod.	Observ.
Cielo	Azul	6		Correcta	
Cabeza	Grande	10			
Agua	Limpia	8			
Cantar	Bonito	12			
Muerte	Triste	16	Expresión de extrañeza		
Humo	Nube	8			
Amistad	Agradable	7		Buena	
Frío	Invierno	4		Correcta	
Simpatía	Cariño	15		No se acuerda	Parece preocupada por su falta de memoria
Cuenta	Atrasada	8		Correcta	
Dinero	Billetes	10		"	
Pueblo	Ciudad	8		"	
Desengaño	Amargo	9		"	
Sospecha	Terrible	20	Se ríe de la respuesta		Ríe igualmente.
Religión	Católica	10			"
Luz	Débil	6		Sol.	
Carta	Correo	8		Correcta	
Libertad	Buena	17	Ligera indecisión		
Camisa	Planchada	8			"
Rosa	Flor	6		"	
Bandera	Catalana	14		"	
Novio	Novia	9		"	
Sangre	Colorada	10		"	
Viaje	Largo	12		"	
Pájaro	Canario	6			
Matrimonio	Feliz	5			
Beso	Abrazo	2		Correcta	

Palabra Estímulo	Respuesta	Tiempo en 1/5 de segundo	Observ.	Reprod.	Observ.
Caída	Daño	4		De rodillas	El sujeto nos dice que hace tiempo cayó de rodillas en la calle.
Familia	Buena	3			
Locura	Manicomio	5			
Oración	Credo	6			
Esperanza	Caridad	4			
Caja	Cerrada	8			
Venganza	Mala	9			
Secreto	De Estado	8			
Pureza	Blanca	6		Inocencia	
Ridículo	Abrigo	8		Correcta	
Mordisco	Dientes	9			
Intimidad	Agradable	5			
Vejez	Fin	10			
Hijos	Padres	12			
Mes	Año Pa	10			
Hambre	n Bata	12			
Médico		13		Enfermo	Mirada al examinador.
Abuso	Mal hecho			Correcta	
Padre	Muerte	10			
Vida	Muerte	7			
Libro	Lectura	4			
Arte	Pintura	6			
Vender	Arte	5			
Bebida	Soda	8			
Perro	Gato	2			
Sueño	Dormir	4			
Menosprecio	Molesto	4			
Confesión	Iglesia	9			
DescubrimientD	Científico	12			
Desnudo	Vestido	14			
Camino	Carretera	12			
Amor	Eterno	9			
Ideal	Romántico	8			
Anillo	Círculo	6			
Huida	Escaparse	13			
Ciencia	Arte	4			
Soledad	Triste	5		Sabiduría	
Incomprensión	Frecuente	4		Correcta	
Llave	Paño	15			
Número	Tres	4			
Noche	De luna	10			
Mentira	Verdad	12			
		13		No se acuerda	

Palabra Estímulo	Respuesta	Tiempo en 1/5 de segundo	Observ.	Reprod.	Observ.
Sorpresa	Agradable	8		Correcta	
Fingimiento	Comedia	13		"	
Pecado	Mortal	6		"	
Recuerdo	Impreciso	6		"	
Fe	Esperanza	8		"	
Castigo	Prisión	13		"	
Cuerpo	Inerte	8		"	
Crimen	Delito	9		"	
Voluntad	Escasa	12		"	
Suerte	Loca	11		"	
Madre	Hijo	12		"	
Dolor	Morfina	9		"	
Justicia	Divina	8		"	
Pasión	Intensa	7		"	
Pérdida	Desagradable	13		Cartera	
Temor	Daño	5		Correcta	
Esconder	Encontrar	14		"	
Fuego	Llama	9		"	
Deseo	Dirección	7	Ligero gesto de enojo	No se acuerda	Sonríe.
Belleza	Artística	14		Correcta	
Mujer	Hombre	9		"	
Jesucristo	Dios	8		"	
Envidia	Judas	6		"	
Curación	Completa	4		"	
Pecho	Ventre	5		"	
Vicio	Tabaco	7		"	
Felicidad	Completa	13		"	
Disimulo	Conveniente	5		A veces	
Nene	Nena	3		Correcta	
Hermanos	Hermanas	4		"	
Perdón	Agradable	9		"	

¿Cómo han de interpretarse estos resultados? En primer lugar, en lo que hace referencia a la naturaleza de las respuestas obtenidas, hay que tener en cuenta la existencia de diversos tipos psicológicos de reacción, que pueden ser evidenciados cómodamente basándose en la proporcionalidad que guardan las diversas formas asociativas. Para este fin, es necesario poseer una clasificación de aquellas; han sido propuestas unas cuantas sin que haya ninguna que pueda considerarse como enteramente satisfactoria. Asimismo en la práctica podremos atenernos con provecho a la siguiente:

<i>Asociación intrínseca</i> (por continuidad)	Se basa en una semejanza esencial entre la palabra de estímulo y la palabra de reacción	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Coordinación.</i> Ej.: Manzana-Pera 2. <i>Predicación.</i> Ej.: Sierpe-Dañina 3. <i>Casualidad.</i> Ej.: Beso-Amor 4. <i>Descripción o utilidad.</i> Ej.: Pluma-Escribir 5. <i>Oposición.</i> Ej.: Largo-Corlo
<i>Asociación extrínseca</i> (por contigüidad)	La semejanza entre las dos palabras no es más que superficial o	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Coexistencia.</i> Ej.: Gato-Ratón 2. <i>Sinonimia.</i> Ej.: Libro-Volumen 3. <i>Coincidencia.</i> Ej.: Capa-Espada
<i>Asociación tonal</i>	La semejanza es puramente auditiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Complementación.</i> Ej.: Parte-Partenon 2. <i>Fonética.</i> Ej.: Rosa-Roca 3. <i>Rítmica.</i> Ej.: Creer-Beber
<i>Asociación mixta</i>	Mediata (existe un término intermedio escondido)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Centripeta.</i> Ej.: Luz (fósforos). Caja. 2. <i>Centrífuga.</i> Ej.: Cielo (astro). Rastro
	Absurda (no tiene sentido)	Ej.: Caer-Miel.

En el hombre normal se encuentran estas diversas especies de asociaciones con una frecuencia relativamente constante, que puede por consiguiente ser expresada porcentualmente. Se obtiene así una fórmula asociativa enteramente comparable, por ejemplo, a la fórmula leucocitaria. Y de la misma manera que las variaciones porcentuales de ésta nos pueden servir para el diagnóstico de los estados patológicos del soma, también las variaciones de la fórmula asociativa nos pueden ser de gran utilidad para la determinación de los diversos tipos psicológicos normales y de los distintos morbosismos mentales. Por ejemplo: las asociaciones rítmicas, es decir, basadas en la rima que la palabra-estímulo proporciona a la palabra-reacción, no llegan en el sujeto normal al 2 % del total de las asociaciones. En cambio, en el maniaco pueden llegar a 90 % y generalmente pasan del 30 % (¡cuidado con los poetas!).

La edad, el sexo y la profesión de la persona examinada pueden introducir también variaciones en la fórmula asociativa que

son dignas de ser tenidas en cuenta. Así, pongamos por caso, las asociaciones de los niños son más visuales o sensoriales que las de los adultos y se encuentran principalmente acondicionadas por consideraciones de orden espacial. Más importantes todavía son las variaciones que dependen del grado de instrucción de la persona examinada; bajo este aspecto, Jung ha podido comprobar (comparando los resultados de un grupo de personas instruidas y otro grupo de sujetos incultos) los siguientes hechos que parecen paradójicos: primero, las asociaciones tonales son siete veces más frecuentes en las personas instruidas que en las que no lo son; segundo, las reacciones egocéntricas son también dos veces más frecuentes; tercero, lo mismo puede decirse de las asociaciones por coordinación y por coexistencia. Por consiguiente, puede decirse de una manera general que las asociaciones de las personas cultas son inferiores en calidad a las de las personas incultas. Esto se explicaría por diversas coincidencias: la mayor atención que acostumbra a poner en la prueba las personas instruidas, que les permite apartarse con mayor facilidad de las relaciones inmediatas de la palabra-estímulo, etc.

Pero, como hemos dicho antes, siendo el factor afectivo (temperamental) el responsable más directo de la dirección de las asociaciones, claro es que él será el que nos dará la base más firme para la diferenciación de los tipos que nos interesa buscar. Desde este punto de vista, Jung distingue tres tipos principales, que nombra así; *objetivo, definidor y predicativo*. Los sujetos de tipo objetivo -el más normal, podríamos decir- toman las palabras-estímulo en su sentido material y dan una inmensa mayoría de asociaciones por contigüidad temporal o espacial, un pequeño número de asociaciones lógicas (de causa a efecto, de género a especie, etc.) y un pequeño número de asociaciones tonales. Los sujetos de tipo definidor ofrecen la particularidad de que una mayoría de sus reacciones consisten en una explicación o definición de la palabra-estímulo. Así, por ejemplo, las asociaciones: manzana-fruta del manzano; mesa-mueble sobre el que se come; paseo-una distracción; padre-el cabeza de familia, etc., etc., son típicas de esta clase de personas. Jung dice que el tipo definidor se encuentra en sujetos estúpidos o bien en determinados pedantes *que no quieren ser juzgados como estúpidos*. Estos individuos tienen un *complejo de inteligencia*, es decir, querrían parecer y ser más inteligentes de

lo que son; tienen miedo de no quedar bien en la prueba y tratan subconscientemente de darnos una excelente impresión de cultura y sabiduría. Finalmente, el tipo *predicativo*, que también podríamos denominar emocional, se encuentra con preferencia en las mujeres y en los neurópatas y se caracteriza por el gran número de asociaciones predicativas que da. Las tales asociaciones califican siempre, de una manera más o menos subjetiva, las palabras-estímulo, prescindiendo de su significado material y ateniéndose únicamente a la impresión que los objetos o ideas correspondientes han causado en el espíritu de la persona examinada. He aquí, por ejemplo, unas cuantas asociaciones pertenecientes a este tipo: piano-horrible; auto-molesto; rosa-magnífica, niadie-querida con toda el alma; riqueza-deseada; etc., etc.

El tipo predicativo se confunde prácticamente, muchas veces, con el tipo *complejo*, es decir, con el que presenta grandes irregularidades y alteraciones en el curso de sus respuestas. Es claro que también podemos encontrar complejos en personas pertenecientes a cualquiera de los otros tipos antes citados; por consiguiente, hemos de fijarnos ahora en los signos que según Jung pueden ser considerados como *reveladores de los complejos* en la prueba que nos ocupa:

Estos signos son:

Primero. *Retardo de la reacción*. Es, sin duda, el más frecuente y quizás el más importante de todos. La duración media del tiempo de reacción (intervalo que transcurre entre el momento de pronunciar la palabra-estímulo y el de iniciarse la respuesta del sujeto). Cuando la palabra-estímulo es de naturaleza abstracta, esta duración puede aumentar ligeramente.

Pero todos los tiempos de reacción superiores a cuatro segundos acusan la presencia de un estado emocional en el sujeto y son, por lo tanto, un indicio casi seguro de que la palabra-estímulo ha despertado la actividad de un complejo.

Segundo. *Ausencia de respuesta*. Existen casos en los cuales la alteración emocional producida por una palabra-estímulo es tal que la persona queda incapaz de poder dar una respuesta, aun después de transcurridos treinta segundos -intervalo máximo que se puede guardar para esperar la respuesta-. En estos casos los sujetos acostumbran a disimular su confusión diciendo que «no se les acude nada» (afirmación que puede ser cierta).

Tercero. *Reacción absurda*. Este signo acostumbra a encontrarse acompañado del primero; supone generalmente un cambio de dirección voluntariamente introducido por la persona examinada en el curso de sus asociaciones. Es enteramente análogo a lo que hacemos en el curso de una conversación cuando llegamos a un punto que por razones de delicadeza no conviene tocar y cambiamos entonces bruscamente de tema,

Cuarto. *Asociación superficial anormal*. Cuando el sujeto nos da una asociación superficial vulgar (una asociación tonal, por ejemplo), en medio de una serie de asociaciones intrínsecas correctamente establecidas, ha de llamarnos la atención el hecho y hemos de pensar en la posibilidad de que la palabra-estímulo haya producido el despertar de un complejo y al requerir éste la atención, el sujeto se haya visto llevado a dar una asociación casi automática. Esta suposición será todavía más probable si el tiempo de reacción ha sido larga.

Quinto. *Repetición de la palabra-estímulo*. A veces la persona, antes de responder, repita la palabra-estímulo. Es ésta una manera de asegurarse un poco más de tiempo para preparar una respuesta que juzga difícil. Tal conducta ha de ser considerada, pues, como sospechosa de un complejo.

Sexto. *Repetición de palabras-respuestas*. Cuando una misma palabra es repetida por el sujeto unas cuantas veces en el transcurso de sus respuestas, es indudable que esta palabra tiene para él un significado extraordinario.

Séptimo. *Persistencia*. Análogamente ha de ser juzgado este hecho parecido, que consiste en la perseveración de una asociación cualquiera, que se ofrece literalmente, o ligeramente deformada, como repuesta de la palabra-estímulo siguiente (Ejemplo: Odio-Padre, Suerte-Padrastro, Luz-Pared).

Octavo. *Cambio de sentido de la palabra-estímulo*. Es posible que la persona examinada dé una respuesta aparentemente absurda a la palabra-estímulo y que después lo explique diciendo que no había entendido bien su significado, por haberlo confundido con otro, sinónimo. Tal actitud es debida a menudo a la acción perturbadora del complejo.

Noveno. *Repetición defectuosa de la reacción*. Cuando una vez terminada la experiencia se pregunta al sujeto que vuelva a darnos sus respuestas, acostumbra a suceder que delante de algunas palabras-estímulo la persona examinada nos afirma que no las ha oído

la primera vez, que no recuerda lo que ha contestado, o bien nos asegura que ha contestado cualquier otra cosa. Si esto sucede con palabras que -teniendo en cuenta los signos citados hasta ahora- nos son ya sospechosas de tener relación con un complejo, este hecho acabará de confirmar nuestra sospecha.

Con el fin de aclarar prácticamente los beneficios que el uso de esta prueba proporciona al clínico que desee penetrar en el sentido psicológico de los síntomas de sus enfermos, nos parece útil transcribir ahora una hoja-registro perteneciente a un caso de histeria de fijación, en la cual se encuentran reunidos la mayor parte de los signos reveladores que hemos citado (hasta el punto que el diagnóstico etiológico se hizo a base de esta experiencia que podemos considerar como típica). Para ahorrar tiempo y espacio, sin embargo, únicamente reproduciremos las asociaciones más importantes.

Ejemplo de resultados conseguidos en un caso patológico,
con la prueba de las asociaciones determinadas
(*Joven de 19 años afectada de histeria de fijación, con ataques pseudo-asmáticos y multiformes fenómenos espasmódicos, principalmente marcados en la extremidad superior izquierda*).

Palabra Estímulo	Respuesta	Tiempo en 1/5 de segundo	Observ.	Reprod.	Observ.
Agua	Colorada^ ~	14		Azul	
Muerte	No, no quiero, sería horrible.	26	Se agita convulsivamente.	De él	Mueve la cabeza negativamente.
Amistad	Trágica...según con quien se tiene.	18	Mueve rápidamente tamboreando sus dedos. Se quiere levantar.	Falsa	
Desengaño	Si... Doctor, no sé por qué me hace hacer esta prueba!	16		No se acuerda	
Secreto	Hondísimo.	8	Suspira.	Tristeza	Llora.
Novio	Mal hombre. Bendito.	34		Casamiento ridículo.	Ríe.
Beso	Nunca más.	6	Hace gestos de repugnancia.	A la madre, al padre, a los hermanos... José	
Nombre	Nombre. Nombre, qué quiere decir? No sé.	40			
Pureza	La tiene quien no es engañada.	26	Llora.	Quizás sí.	

Como se ve, en este caso el trauma moral causante de los accidentes histéricos se manifiesta con toda claridad en la prueba, debido al hecho de que estaba defectuosamente reprimido su recuerdo, y, a más, que la experiencia fue practicada después de haber dado a la paciente una inyección de 6 c.c. de somnifene (para disminuir su censura consciente).

¿Cómo hemos de considerar que actúa la prueba de las asociaciones determinadas en estos casos? *Como un interrogatorio comprimido*. En efecto, decir a la persona que nos comunique lo que primero se le ocurra después de pensar en la palabra Pureza -por ejemplo-, equivale a invitarla a manifestarnos cuál es la impresión dominante que ésta la produce. Las palabras-estímulo vienen a

constituir, hasta cierto punto, símbolos de la realidad, y por esto la persona que en la realidad se encuentra defectuosamente adaptada a la situación, persona o cosa que ellas representan, no sabrá adaptarse tampoco a la experiencia asociativa.

Pero no siempre los resultados obtenidos son tan demostrativos como los que acabamos de exponer: al contrario, lo más frecuente es que el sujeto pase la primera lista de estímulos sin exhibir *signos reveladores* suficientes para deducir ya la existencia del complejo y la naturaleza de éste. Entonces es conveniente orientarse con auxilio de otras pruebas psicoanalíticas, y tan pronto como éstas nos hayan dado algún dato habrá que recurrir a la confección de las listas especiales denominadas en el argot psicoanalítico *ametralladoras*.

Una *lista ametralladora* se encuentra constituida por un conjunto de palabras-estímulo cuidadosamente escogidas en cada caso para estimular el despertar del complejo mediante la sumación de las excitaciones. Así como en la lista ordinaria que hemos expuesto el cálculo de probabilidades nos dice que únicamente un pequeño número de los estímulos, actuarán como productores del choque -si el complejo existente es de la naturaleza que pensamos-. Muchas veces, para la confección de estas listas, se parte precisamente de los estímulos de la lista ordinaria que han parecido ser reveladores de un complejo. Un ejemplo nos aclarará esta cuestión: se trata de un sujeto, adulto, que presenta un síndrome psicoasténico caracterizado principalmente por obsesiones de contagio que le obligan a lavarse continuamente las manos, el cuerpo, y todo lo que con él contacta. La lista ordinaria nos ha dado un gran predominio de las asociaciones predicativas y a más nos señala la posibilidad de un choque afectivo con las siguientes palabras-estímulo: Pecado, Dinero, Virtud, Pecho, Religión. Para salir de dudas preparamos cinco listas ametralladoras en la siguiente forma:

<i>Pecado</i>	<i>Dinero</i>	<i>Virtud</i>	<i>Pecho</i>	<i>Religión</i>
Gula	Riqueza	Respeto	Desnudo	Fraile
Avaricia	Oro	Admiración	Cuerpo	Dios
Lujuria	Billetes	Sagrada	Desvestido	Jesucristo
Envidia	Banco	Mujer	Mujer	Virgen
Hurto	Cheque	Pureza	Camisa	Confesión
Castigo	Joyas	Violación	Sedución	Excomuniación
Prisión	Valores	Castidad	Placer	Fe

<i>Pecado</i>	<i>Dinero</i>	<i>Virtud</i>	<i>Pecho</i>	<i>Religión</i>
Justicia	Ganancia	Honradez	Cama	Perdón
Menosprecio	Comprar	Molestia	Amor	Monje
Remordimiento	Vender		Fácil	Iglesia
Criminal	Guardar			
Ladrón				

Sometido a esta segunda experiencia, se acusa una clara reacción de complejo con los estímulos: Hurto, Castigo, Prisión y Justicia, de la primera lista; Dinero, Billetes y Guardar, de la segunda; Desnudo, Mujer y Seducción, de la tercera. Ya tenemos, pues, precisada la naturaleza del complejo originario de la obsesión: el enfermo ha robado o ha pensado robar dinero para seducir a alguna mujer. El miedo al contagio y las maniobras de limpieza representan un medio subconsciente de defensa y expiación.

Un indiscutible perfeccionamiento introducido en la técnica de la prueba de las asociaciones determinadas, ha sido el registro objetivo de las reacciones emocionales del sujeto, recurriendo a diversos dispositivos como el pneumógrafo, los pletismógrafos, los oscilógrafos, los esfimógrafos, etc., y, últimamente, el electrocardiógrafo o la instalación para la medida y registro del reflejo psicogalvánico. De todos estos medios auxiliares, el que nos ha parecido más útil y de aplicación más sencilla es el oscilógrafo, esto es, la asociación de un oscilómetro de Pachón y de una cápsula oscilográfica que permite la inscripción, sobre un cilindro registrador, de las variaciones de la curva de tensión tomada preferentemente en el tobillo (para evitar las alteraciones mecánicas y respiratorias groseras). Utilizando estos valiosos recursos, puede decirse que *la caza de los complejos*, se hace de una manera casi matemática.

Finalmente, otra manera de completar los resultados obtenidos con la prueba de que hablamos consiste en hacerla también *a los familiares de la persona psicoanalizada*, y sobre todo a sus ascendientes. En efecto, Jung ha señalado la enorme influencia de lo que él denomina *constelación familiar* en la producción de un sin fin de trastornos psiconeuróticos, y en la determinación de la fórmula asociativa. Si nosotros establecemos, por ejemplo, las fórmulas asociativas de un joven psiconeurótico y de sus padres, veremos cómo la de él diverge notablemente, en algunos casos, de

la del progenitor que más se le opone desde el punto de vista temperamental; en cambio, no es raro, que haya una coincidencia muy grande con la fórmula asociativa del otro progenitor. Esto, nos puede orientar, notablemente en el diagnóstico, puesto que es sabido que una multitud de neuróticos lo son por no haber podido proyectar suficientemente su líbido al exterior y tener por consiguiente en gran actividad los complejos de Edipo (si son varones) o de Electra (si son hembras). Y bien: el solo hecho de una gran coincidencia entre las fórmulas asociativas de un neurótico y de su padre, o de una neurótica y de su madre, puede servir para hacernos rechazar la hipótesis de esta patogenia en un caso cualquiera. En cambio, si esta coincidencia se establece entre el hijo neurótico y su padre, o entre la hija o hijas y el padre, entonces casi no hemos de proseguir el psicoanálisis, pues es muy probable que el origen de los trastornos haya que buscarlo en una represión mal tolerada de los deseos incestuosos.

Para poner de manifiesto la coincidencia que llega a existir en estos casos entre las fórmulas asociativas de los seres que se penetran espiritualmente, exponemos a continuación dos de las gráficas obtenidas por Jung referentes a este hecho (Dichas gráficas han sido obtenidas representando las ordenadas al porcentaje

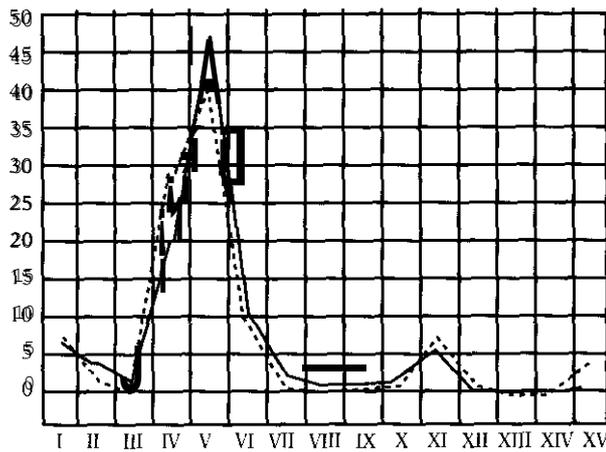


FIGURA 1

Coincidencia de las fórmulas asociativas de un matrimonio feliz.

de las asociaciones y las abcisas su especie o cualidad clasificada en estos quince grupos: coordinación, sub y supraordenación, contraste, predicado con juicio personal, predicado simple, relación del verbo con el sujeto o complemento, designación del tiempo, coexistencia, definición, identidad, combinaciones motrices verbales, composición de palabras, complementación de palabras, asociaciones tonales, reacciones defectuosas).

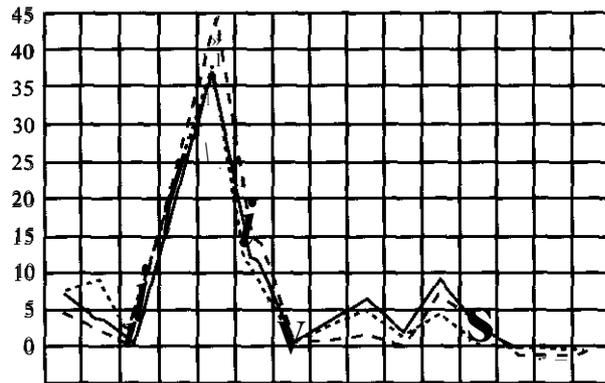


FIGURA 2

Coincidencia de las fórmulas asociativas de un padre y dos hijas neuróticas.

2) PRUEBA DE LAS ASOCIACIONES LIBRES¹

Así como la prueba de las asociaciones determinadas representaba una especie de *interrogatorio* condensado y disimulado, mediante el cual explorábamos la actitud de reacción que la persona analizada tiene para los diversos estímulos intelectuales y afectivos, corrientes, la prueba de las asociaciones libres trata de producir la *confesión* espontánea e involuntaria de las ideas y los deseos del sujeto que han sido reprimidos por su censura consciente, es decir: de sus complejos. Con aquella prueba íbamos a buscar el complejo; con ésta dejamos que él se manifieste, es decir, esperamos que él venga a nosotros, llevado por el libre curso de las asociaciones.

He aquí cómo procede Freud para utilizar esta prueba: hace acostar al sujeto sobre un diván, en una habitación silenciosa y oscura. Le ruega que se coloque en una actitud de reposo completo, dejando relajar sus músculos y colocando su espíritu en una actitud puramente pasiva. Se le advierte que la prueba que va a hacerse tendrá una acción muy beneficiosa para su estado y producirá una descarga natural del exceso de tensión de su ánimo.

Entonces el médico se sienta detrás de él y le dice que dejando vagar la atención y sumergiéndose en una especie de *réverie* le vaya diciendo todo lo que se le ocurra. La persona analizada no ha de pararse ni por un pensamiento inesperado, ni por una imagen obscena, inconveniente o repugnante, ni por una idea que le parezca fútil. Todo, absolutamente todo, lo que se le acuda ha de ser dicho sin ejercer la más pequeña crítica. El sujeto ha de esforzarse en colocarse en la actitud de un *espectador de su propio pensamiento*. En tales condiciones, el psicoanalista se limita a dejarlo hablar, interviniendo únicamente en el caso de que vea claramente

1. Ver la página 130 del texto.

que la dirección de las asociaciones no conducirá a nada; señalará entonces otro punto de partida. Esto sí, no dejará de anotar cuidadosamente todo lo que su sujeto dice y ocasionalmente será conveniente que *a posteriori* pida a éste una ampliación o explicación de algún punto especial de su monólogo.

Cuando esta prueba se hace en una persona normal, que no tenga ninguna alteración mental en el momento del examen, se obtiene una serie de palabras que se encuentran ligadas entre ellas por las leyes ordinarias de la asociación (continuidad espacial o temporal y contigüidad espacial o temporal). Véase, por ejemplo, esta muestra de asociación libre, obtenida con un compañero:

Prueba	Geografía	Ventana	Monumentos
Ensayo	Astronomía	Vidrio	Personajes
Tentativa	Estrella	Cristal	Históricos
Tentación	Planeta	Tocador	Políticos
Idea	Marte	Esencia	Cambó
Original	Guerra	Perfume	Regionalismo
Traje	Soldado	Coquetería	Fracaso
Vestido	General	Peligro	Pillería
Chaqueta	Desprecio	Valor	Pilletes
Chaqué	Preferencia	Serenidad	Vuelta al mundo
Casamiento	Dinero	Serenata	Dirigible
Novios	Plata	Canción	Aeroplano
Iglesia	Oro	Tristeza	Franco
Católica	Ley	Pasajera	Canudas
Protestante	Seca	Bonita	Calle
Injusticia	Roba	Cara	Plaza
Reclamación	Terrado	Careta	Vacante
Cuenta	Casa	Carnaval	
Aritmética	Piso	Cuaresma	

Como se ve por la simple inspección de esta lista, es fácil establecer a primera vista el nexos asociativo entre cualquiera de sus miembros y los dos que le preceden y le siguen. Esto es debido al hecho que el sujeto no tiene ningún complejo que haya sido despertado en el curso de la prueba. En efecto, son pocos los casos en los cuales salen las ideas reprimidas de los complejos mezcladas con ideas indiferentes. Generalmente sucede lo mismo que pasa con la prueba de las asociaciones determinadas, es decir: en el momento en que va a ser expresado algo que se encuentra intensamente reprimido, se observa una detención en el curso asociativo

y acto seguido tiene lugar un cambio bien marcado en su dirección, y se rompe por tanto la relación que normalmente existe entre los diversos términos de la serie verbal. Entonces el sujeto empieza otra serie completamente diferente de la anterior, y continuará con ella hasta que llevado por el libre juego de las asociaciones vuelva a despertar o referirse a cualquier elemento del complejo, y en este caso se observará nuevamente una detención seguida de otro cambio de dirección de las asociaciones. Además, cuando esto sucede, la persona da señales de nerviosismo (se mueve, parpadea más rápidamente, etc.). Estudiando con detención estas *interrupciones*, es fácil de ver a veces que existe entre ellas una relación, es decir, que *se puede construir una serie asociativa conexa si unimos todos los términos que han precedido inmediatamente las interrupciones*. Para poner en evidencia este hecho, pondremos como ejemplo el resultado de una prueba en un joven, el psicoanálisis completo del cual demostró que padecía de una intensa tendencia homosexual. (Las interrupciones asociativas se encuentran -como fácilmente puede comprobarse- entre el término inferior de cada columna y el superior de la columna siguiente):

Lápiz	Barco	Madre	Pera	Anillo	Estómago
Pluma	Mar	Hijo	Manzana	Redondo	Intestino
Papel	Cielo	Nacimiento	Discordia	Esférico	Corazón
Papilla	Nubes	Muerte	Sierpe	Tierra	Órgano
Pasta	Agua	Vida	Bastón	Luna	Carne
<i>Porquería</i>	Lluvia	Amor	Sufrimiento	Sol	
	Paraguas	<i>Hombre</i>	Placer	Cometa	
	Vestido		Prohibición	Polar	
	<i>Desnudo</i>		<i>Secreto</i>	<i>Polo</i>	

Se ve claramente que si tomamos las palabras precedentes a las interrupciones asociativas, podremos construir con ellas una serie: Hombre - Desnudo - Polo - Secreto - Porquería, que es por ella misma capaz de orientarnos respecto a la naturaleza del complejo reprimido. Por otro lado, las asociaciones: Porquería - Barco, Desnudo - Madre, Hombre - Pera, Secreto - Anillo, Polo - Estómago, son demasiado absurdas para creer que han sido fruto de una casualidad. Asimismo, para que se vea hasta dónde llega el poder de racionalización del sujeto en estos casos, daremos la explicación secundaria a estas interrupciones: La palabra porquería le ha recordado la idea de barco porque acostumbra a pasear mucho

por el puerto y está harto de ver mucha porquería alrededor de los barcos allí anclados. La palabra desnudo le ha evocado la idea de madre porque una de sus preocupaciones más grandes de su infancia era que su madre no lo viese desnudo. La palabra hombre ha evocado en él la imagen de un amigo suyo llamado Pere¹ y hemos sido nosotros que no lo hemos entendido cuando nos ha dicho este nombre (la prueba evidente de que ha dicho pera y no Pere nos la da la asociación siguiente en la lista: manzana). El secreto es algo tan cerrado como un anillo; muchas veces le ha parecido haber oído hablar del polo del estómago ...

Esta deformación consciente de los resultados de la prueba - enteramente análoga a la que se observa con los sueños- nos pone de manifiesto las dificultades del psicoanálisis: como si no fuese bastante pesado y difícil tener que explorar los rincones desconocidos de su espíritu, nos encontramos con que el sujeto se opone a abrirnos las puertas de acceso. Así no es raro que un psicoanálisis empezado en las mejores condiciones posibles se haya visto violentamente interrumpido por la condescendencia del psicoanalista que ha consentido en explicar demasiado pronto y con demasiada crudeza al sujeto los primeros resultados de su exploración.

Afortunadamente, el número de casos en que la fuerza represiva es tan intensa no constituye un obstáculo capaz de inquietar seriamente a los psicoanalistas. Al contrario, en muchas ocasiones, sobre todo si se trata de personas de escasa cultura, el complejo sale enteramente, mezclado con ideas, recuerdos e imágenes completamente indiferentes, de un modo parecido a como sale una tenia de en medio de los excrementos... A veces ni tan sólo existe este material indiferente, de *dilución*, sino que el complejo -que se encuentra ya casi en el plano consciente- constituye por él sólo la mayor parte o todo el material asociativo, entonces emerge en formas diferentes, pero que, juntas constituyen una especie de narración que el sujeto hace de su situación psíquica. He aquí, por ejemplo, las asociaciones libres de una chica afectada de una histeria de fijación: «Ataque - Devaneo - Fijada - Nudos en el pecho - Nervios - Peligros - Boca abierta - Lengua enroscada - Despierta - Lloros - Sufrir - Caer - Sierpe - Horrible - Mareo - Sudor - Agua - Bueyes - Cañas - Canal - Pablo - Bastones - Huida - Pueblo -

1. Pere, en catalán, significa Pedro.

Madre». Esta chica había sido objeto de una tentativa de atracción y seducción por un pariente llamado Pablo, cerca de un canal. Al ver que ella se defendía gritando, éste le pegó unos cuantos bastonazos y la lanzó a un rincón, lleno de barro, en el cual le pareció ver una serpiente. La impresión sufrida era la causa de sus ataques.

Véase otro caso de pseudotuberculosis psicógena en un chico de 16 años: «Despacho, médico, enfermo, tisis, sangre, pulmones, muerte, horrible, salud, buena, *María, querida*, querido, tonto, tozudo, fracasado, febril, fiebre, termómetro, poner, sacar, subir, bajar, engaño, desesperación, dinero, *casamiento, María*, Virgen, Santa, Religión». El resultado de las asociaciones es bastante elo-

Cuando las interrupciones asociativas no son bastante claras para darnos una orientación, se puede recurrir al artificio de volver a repetir la prueba haciendo partir al sujeto del punto en que las interrupciones tuvieron lugar, o sea, dándole como palabra-estímulo inicial la palabra inmediatamente precedente a las interrupciones.

Véase, por ejemplo, este trozo del psicoanálisis de una señora que padecía de obsesiones escrupulosas:

Rosa	Jeringa	Pureza	Ejército	Dulce
Flor	Líquido	Blancura	Uniforme	Castizo
Jarro	Agua	Cuerpo	Arma	Plato
Salón	Mar	<i>Desnudo</i>	Guerra	Mesa
Piso	Barca		Lucha	Cocina
Escalera	Viento		<i>Sangre</i>	Económica
Torre	Nubes			Ahorro
Castillo	Humo			Pensión
Rey	Tabaco			Billete
Huerto	Egipto	Piedra	Mono	Papel
Traje	Momia	Columna	Perro	Carta
Vestido	Muerte	Salomónica	« <i>Rieser</i> »	Tristeza
Camisa	Desconsuelo	Salomón	Pobre	<i>Julia</i>
Azul	Terrible	Sabio		
	Angustia	Estúpido		
	Médico	<i>Hombre</i>		
	Medicina	<i>Asco</i>		
	<i>Medicastro</i>			
	Regalo	Anillo	Número	
	Espléndido	Brillante	Impar	
	Tocador	Luz	Sin par	

Esencia	<i>Libertad</i>	Sin miedo
Vida	35	<i>Soledad</i>
<i>Sin ideal</i>		

Como sea que las palabras en bastardilla -a pesar de denotar la existencia de un gran material reprimido- no nos daban bastantes indicaciones respecto a su naturaleza, completamos esta parte de análisis dándolas al sujeto como estímulo inicial de otras tantas series de asociación libre, y entonces obtuvimos lo siguiente:

<i>Azul</i>	<i>Medicastro</i>	<i>Desnudo</i>	<i>Sangre</i>	<i>Julia</i>	
<i>Camisa</i>	<i>Médico</i>	Obsesión	<i>Dulce</i>	<i>Amiga</i>	
<i>Bonita</i>	<i>Ignorante</i>	<i>Angustia</i>	Dulce	<i>No sé.</i>	No puedo
<i>Julia</i>	<i>Pretencioso</i>	Ansia	Confitería		pensar
<i>Pobre</i>	<i>Daño</i>	Aspiración	Bombones		
Rico	<i>No curanada</i>	Respiración	Chocolate		
Palacio	Todo	Pulmones		Pared	
Real	Mucho	Corazón		Techo	
Rey	Poco	Enfermo		Lámpara	
	<i>Pulga</i>				

Hambre	<i>«Rieser»</i>	<i>Ideal</i>	<i>Libertad 35</i>
Marido	<i>Perro</i>	<i>Perdido</i>	<i>Casa</i>
Novio	<i>Perdido</i>	<i>Muerte</i>	<i>Calle</i>
Ridículo	Encontrado	Tristeza	Camino
<i>Repugnancia</i>	Alegría	Negro	Caminante
Mico	Tristeza	Dolor	Siempre errando
Rabia		Luto	
Pájaro			

Nos hemos permitido subrayar las primeras asociaciones evocadas por las palabras-estímulo seleccionadas. Con ellos -y con la interpretación de un sueño de la misma enferma que más adelante encontraremos- no nos fue muy difícil saber que la causa de sus obsesiones actuales había sido la muerte de una amiga suya, llamada Julia, con la cual tenía relaciones íntimas y se veían regularmente en la casa N° 35 de la calle Libertad, donde las dos se consolaban de su común repugnancia por los hombres. Muerta la

amiga, por no haber sabido cuidarla debidamente un medicastro, la vida ya no tiene ideales para la enferma. Por otra parte, la brusca supresión de sus anormales satisfacciones sexuales (lésbicas y sádicas; recuérdese la asociación: Sangre - Dulce) había llevado a la enferma a una fase de autoerotismo en la cual quería buscar ella sola el placer libidinoso, pero su consciencia había reaccionado finalmente a estas desviaciones, había rechazado y censurado sus deseos y se defendía de ellos transformando su potencial en escrúpulos obsesivos. Casi no precisa añadir que Rieser era el nombre del perro de la amiga...

Ya se ve, con los ejemplos aducidos, que el manejo de estas pruebas requiere solamente, por parte del médico explorador, condiciones de paciencia y sagacidad que no son diferentes de las requeridas para el uso de las restantes técnicas de exploración clínica. Por ello no hay objeción en contra de su difusión, prescindiendo de que la interpretación de sus datos se haga, o no, con un criterio estrictamente psicoanalítico.

3) EL INVENTARIO PERSONAL DE R. G. BENREUTER¹

Con este nombre se designa un cuestionario heterointrospectivo elaborado por dicho autor, a base de una síntesis de las cuestiones más significativas de los cuestionarios de Woodworth, Thurstone, Laird y Allport. Constituye, por su buena estandarización, una prueba «ómnibus» recomendable al médico general y aun al especialista que quieran orientarse rápidamente respecto al grado de «psicopaticidad» -o de predisposición psicopática- del sujeto.

Las 125 preguntas que contiene han de ser consideradas sucesivamente y contestadas afirmativa, negativa o dubitativamente, mediante el trazado de una circunferencia alrededor de los signos correspondientes (Sí, No, ?). El signo interrogante sólo ha de ser destacado cuando el sujeto no entiende la pregunta o cuando le es imposible decidirse por la contestación; si ésta entraña una duda, pero uno de sus términos parece prepotente, éste ha de ser señalado y no el interrogante (por ejemplo: ante la pregunta «hace siempre caridad a los pobres de la calle»? el hecho de que alguna vez no la haya hecho no ha de motivar la respuesta negativa ni siquiera la interrogante, pues lo que se busca no es una precisión matemática de la respuesta sino descubrir el rasgo predominante de la conducta en ese aspecto).

Una vez llenado el cuestionario, precisa valorarlo. Benreuter considera que sus respuestas sirven para clasificar al sujeto en cuatro escalas a las que denomina B1-N, B2-S, B3-I, B4-D. La primera trata de medir la predisposición a la neurosis, o sea, el grado de control emocional del sujeto. Cuanto más baja es su puntúa-

1. Véase la pág. 184 del texto.

ción en esta escala, tanto más sereno y resistente a las reacciones neuróticas hay que considerarlo.

La segunda escala mide el grado de autosuficiencia y autoseguridad, es decir, de confianza en sí mismo, de síntesis y unidad en sus propósitos y tendencias. Podríamos decir, empleando un término original, que trata de clasificar al sujeto de acuerdo con su grado de coherencia intrapersonal: cuanto menor es ésta mayor resultan su inseguridad y su sentimiento de autoinsuficiencia. Una puntuación alta en tal escala es signo de supernormalidad y equilibrio; una puntuación baja es indicio de angustia y desequilibrio psíquicos,

La tercera, señala el grado de introversión del individuo examinado. Cuanto más elevada es su puntuación, tanto más «metido en sí», hermético y reservado hay que suponerlo; por el contrario, cuanto más bajo es su lugar en la escala, más extravertido, adaptable y *sintónico* resulta.

Finalmente, la cuarta escala mide la tendencia al dominio o a la sumisión, o si se quiere, a la adopción de actitudes de mando y de obediencia. Cuanto más alta es la puntuación en ella tanto más propende el sujeto a tiranizar; cuanto más baja, tanto más modesto y «manejable» parece ser.

Tan interesante o más que el lugar ocupado por el sujeto en cada una de dichas escalas es el estudio de sus intervenciones. Así, por ejemplo, si coincide una gran predisposición a la neurosis con una gran insuficiencia y un gran deseo de dominio, el pronóstico será peor que si aquella predisposición se acompaña de una normal suficiencia, de una regular introversión y de una pronunciada tendencia a la adopción de actitudes submisivas. En el primer caso el factor patógeno se halla exagerado por otros rasgos caracterológicos que favorecen aún más el conflicto del sujeto consigo y con el ambiente. En el segundo, por el contrario, se encuentra en buena parte autocompensado. Así, pues, al lado de las desviaciones absolutas hay que estudiar las relativas, es decir, la arquitectura *intrapersonal*.

La valoración del significado de las respuestas en cada escala tiene lugar mediante la aplicación de los correspondientes baremos. En estos, cada contestación es puntuada de 7 a -7, de acuerdo con su importancia reveladora (positiva o negativa) del correspondiente rasgo caracterológico. Se empieza por aplicar al cuestionario el baremo correspondiente a la escala BI-N, en el que

la I^a contestación es puntuada 2 si es afirmativa; -2 si es negativa; 0 si es dubitativa. Una vez terminada la puntuación de las 125 contestaciones se obtiene la suma algebraica (o sea la diferencia entre los puntos positivos y los negativos) y se escribe su resultado. Se aplica entonces el baremo de la escala B2-S, en el que la I^a respuesta, si es afirmativa, se marca con -4; si es positiva vale 4 y si es dubitativa, 1. Así sucesivamente se aplican los baremos o pautas de puntuación de las escalas B3-I y B4-D.

Al final tenemos 4 números totales que nos indican la puntuación obtenida por el sujeto con arreglo a las 4 escalas, mas ¿qué valor hay que conceder a tales números? Para saberlo, se procede a comparar el lugar que tal rendimiento ocupa en el cuadro porcentual de los sujetos testigos, es decir, de las personas que han servido para proceder a la estandarización del cuestionario.

Éstas se hallan divididas de acuerdo con su sexo y con su grado de cultura. Si el sujeto explorado no tiene más que una cultura primaria se comparan sus resultados con el cuadro porcentual, de su sexo, correspondiente a los denominados adultos medios; si su instrucción es secundaria, se compara con los rendimientos de los bachilleres; si es superior, se aplica el cuadro porcentual de los universitarios. De esta suerte es posible saber, ante cada rasgo de los explorados, cuántas personas de su condición sobrepasan al sujeto en su posesión y cuántas no llegan a él, en cada 100, o sea, que se conoce su porcentaje de tendencia a la neurosis, su porcentaje de autosuficiencia, de introversión y de tendencia al dominio. Si estos porcentajes son superiores al 50 indican la positividad del rasgo respecto al promedio (tanto más cuanto más elevados sean) y viceversa. Así pongamos por caso, un sujeto que haya arrojado un total de 95 puntos en B1-N; -40 en B2-S; 30 en B3-I; 80 en B4-D, siendo varón y bachiller, tiene un 97 % de tendencia a la neurosis; un 8 % de autoseguridad y suficiencia; un 92 % de introversión y un 77 % de tendencia al dominio. Lo que nos indica en él, no sólo la existencia de un carácter psicopático sino la casi segura existencia de un enfoque paranoide y de un desequilibrio o conflicto actual con el ambiente, ya que su ambición (agresividad proyectada al exterior) ha de ser constantemente reprimida por su falta de sentimiento de confianza en sí, estableciéndose de esta suerte una progresiva distanciación entre sus deseos y las posibilidades de realizarlos; esta discordancia llevará fatalmente al sujeto al resentimi-

miento, a la ficción o a la hostilidad ante su ambiente y reclamará, por tanto, la tarea correctora del psicoterapeuta.

NOTA: Para facilitar la tarea de puntuación en el cuestionario es conveniente construirse unas guías de celofán o de papel-cartón, que se apliquen al margen de las columnas de contestaciones y contengan los números correspondientes a la puntuación de cada una de ellas en cada escala. De esta suerte no hay que escribir nada sino sumar los resultados al pie de cada página.

Una información detallada de esta técnica de exploración personal puede hallarla el lector en nuestro trabajo acerca de él, publicado en el N^o 11 de la «Revista de Psicología y Pedagogía» (Agosto de 1935, pág. 267 y siguientes) o en el de nuestro discípulo, el Dr. Serebrinsky, aparecido en el N^o 2, año XI de *lor*, «Archivos de medicina Legal», que editan en Buenos Aires los Profesores Nerio Rojas y José Belbey (El inventario personal de Benreuter en los homicidas. 1941).

EL INVENTARIO PERSONAL

(test, caracterológico)

POR ROBERTO G. BENREUTER

(Stanford University Press)

CALIFORNIA

Versión española del Dr. E. Mira

Nombre y Apellidos			Años	Sexo.		
Profesión o estudios						
Escala	Más	!	Menos	i	Dif.	Centilla
B1-N					^	%
B2-S	—		—		^ ~	%
B1-1	—		—			/r
B4-D	—		—			%

Las siguientes preguntas están hechas para investigar los estados de ánimo, las tendencias y actitudes de V. No es una prueba de inteligencia; tampoco hay respuestas buenas ni malas.

Ante cada cuestión V. encontrará: «sí, no, ?»

Si la respuesta de V. es sí, haga un círculo alrededor. Si es no, haga el círculo alrededor del no; y si no puede decidirse hágalo alrededor del interrogante.

1. Sí No ? Le molesta a V. sentirse «diferente» o informal?
2. Sí No ? Se abstrae con frecuencia durante el día?
3. Sí No ? Prefiere resolver por sí solo los problemas o prefiere más que los otros le den la solución?
4. Sí No ? Ha cruzado alguna vez la calle para no encontrarse con una determinada persona?
5. Sí No ? Puede resistir una crítica sin sentirse molesto?
6. Sí No ? Hace siempre caridad a los pobres de la calle?
7. Sí No ? Prefiere la compañía de personas más jóvenes que usted?
8. Sí No ? Se siente con frecuencia desgraciado?
9. Sí No ? Le molesta buscar su camino en lugares extraños?
10. Sí No ? Se desanima fácilmente cuando las opiniones ajenas no coinciden con las de V?
11. Sí No ? Trata V. de seguir su línea de conducta incluso cuando tiene que luchar con dificultades?
12. Sí No ? Se sonroja con frecuencia?
13. Sí No ? Le interesan más los asuntos deportivos que los intelectuales?
14. Sí No ? Se considera V. nervioso?
15. Sí No ? Le molesta que una persona siga el mismo camino que V. cuando va por la calle?
16. Sí No ? Está V. predispuesto a incomodarse con guardias y porteros?
17. Sí No ? Es V. sensible a los elogios o a las críticas de mucha gente?
18. Sí No ? Es V. meticuloso en varios aspectos?
19. Sí No ? Es V. aficionado a regatear los precios?
20. Sí No ? Se siente V. inclinado a ser pedante en algunas solemnidades?
21. Sí No ? Tiene V. con frecuencia ideas que le perturban el sueño?
22. Sí No ? Es V. lento en sus decisiones?
23. Sí No ? Cree V. que se podría absorber en un trabajo creador hasta el extremo de no sufrir por la falta de amistades íntimas?

24. Sí No ? Cree que es V. tímido?
25. Sí No ? Le interesa, en general, estudiar a fondo los motivos de la conducta ajena?
26. Sí No ? Se siente V. con frecuencia refunfuñador?
27. Sí No ? Cambian rápidamente sus intereses?
28. Sí No ? Es V. muy hablador en las reuniones sociales?
29. Sí No ? Ha interrumpido o interrogado V. alguna vez a un orador mientras hablaba en público?
30. Sí No ? Le molesta a V. mucho tener que devolver a la tienda los objetos que ya ha comprado?
31. Sí No ? Se siente V. más inclinado al optimismo cuando está en compañía de un grupo de gente?
32. Sí No ? Prefiere V. más viajar con alguna persona que le haga de secretario o acompañante?
33. Sí No ? Prefiere más trabajar por V. que seguir la indicaciones de un superior al cual respeta?
34. Sí No ? Se expresa, V. generalmente, mejor de palabra que por escrito?
35. Sí No ? Le molestaría cualquier trabajo que representara el tenerse que aislar durante unos años?
36. Sí No ? Ha pedido V. nunca dinero por una causa ideal que le interesara?
37. Sí No ? Intenta V. en general huir de la gente dictatorial o mandataria?
38. Sí No ? Le ayuda a V. más la conversación que la lectura, a formular sus ideas?
39. Sí No ? Le preocupan durante mucho tiempo sus fracasos?
40. Sí No ? Ha organizado V. algún club, agrupación y team por su propia iniciativa?
41. Sí No ? Si ve V. un accidente se apresura a tomar parte activa en los trabajos de socorro?
42. Sí No ? Le asusta a V. el estrado?
43. Sí No ? Le gusta llevar solo las responsabilidades?
44. Sí No ? Le distraen a V. más los libros que los compañeros?
45. Sí No ? Ha sentido V. algunas veces mareos o vértigos?
46. Sí No ? Le hieren a V. las burlas aunque no sean motivadas?
47. Sí No ? Desea V. tener alguna persona a su lado cuando le dan malas noticias?

48. Sí No ? Le molesta que la gente observe su trabajo incluso haciéndolo bien?
49. Sí No ? Desea estar solo con frecuencia?
50. Sí No ? Trata, en general, de evitar toda discusión?
51. Sí No ? Siente V. con facilidad heridos sus sentimientos?
52. Sí No ? Prefiere, en general, realizar sus planes solo, en lugar de hacerlo en compañía?
53. Sí No ? Cree V. que el comunicar a los demás sus éxitos es lo que más le satisface de ellos?
54. Sí No ? Se siente V. extraño cuando está en compañía de otras personas?
55. Sí No ? Es V. refractario a hacer préstamos?
56. Sí No ? Tiene V. cuidado en no decir cosas que puedan molestar los sentimientos ajenos?
57. Sí No ? Tiene V. propensión a que le salten las lágrimas?
58. Sí No ? Se queja V. siempre al camarero cuando éste le sirve con algunas deficiencias?
59. Sí No ? Le es a V. difícil hablar en público?
60. Sí No ? Hace V. siempre borrador de sus cartas antes de mandarlas?
61. Sí No ? Le gusta a V. pasarse las noches solo?
62. Sí No ? Hace V. amistades con facilidad?
63. Sí No ? Cuando come V. fuera de casa, prefiere más que otra persona le encargue el menú?
64. Sí No ? Le molesta a V. mucho pedir algún favor a conocidos?
65. Sí No ? Se siente V. perturbado cuando ha saludado equivocadamente un desconocido?
66. Sí No ? Le es a V. difícil sacarse de encima a un comisionista?
67. Sí No ? Le pide a V. siempre consejo la gente?
68. Sí No ? Ignora V. habitualmente los sentimientos ajenos cuando está V. haciendo algo que le interesa realmente?
69. Sí No ? Le ocurre con frecuencia que se decide demasiado tarde a hacer las cosas?
70. Sí No ? Le gusta que sus amistades se interesen por V. cuando está enfermo?
71. Sí No ? Tiene V. buenos o malos humores?

72. Sí No ? Se siente V. inferior a los demás?
73. Sí No ? Tiene V. a veces pensamientos inútiles que le mortifican?
74. Sí No ? Regaña V. siempre a la persona que le deja de hacer un trabajo en el tiempo convenido?
75. Sí No ? Mejora V. en general su rendimiento en el juego cuando encuentra un contrincante que le es francamente superior?
76. Sí No ? Ha entretenido con frecuencia la atención de grupos de personas?
77. Sí No ? Consigue la gente con facilidad lo que se propone V.?
78. Sí No ? Cuando está V. deprimido, le gusta encontrar alguien que le consuele?
79. Sí No ? Acostumbra entender mejor un problema estudiándolo sólo que discutiéndolo con otros?
80. Sí No ? Le falta a V. confianza en sí mismo?
81. Sí No ? Le gusta a V. más ser admirado que ser eficiente?
82. Sí No ? Es V. capaz de intentar solo una acción de resultado dudoso en una situación comprometida?
83. Sí No ? Se siente V. inclinado a buscar el contacto con personas triunfadoras al objeto de estimular sus ambiciones?
84. Sí No ? Le molesta a V. que le den consejos?
85. Sí No ? Considera V. que es un aspecto esencial de *la vida* la sujeción a las costumbres sociales y a las reglas de educación?
86. Sí No ? Cuando está V. en una reunión para pasar la velada acostumbra a dejar la iniciativa de lo que se hará a los demás?
87. Sí No ? Le cuesta a V. tomar la responsabilidad de introducir gente a una reunión?
88. Sí No ? Cuando llega V. tarde a una conferencia prefiere escucharla de pie que sentarse en las sillas de primera fila?
89. Sí No ? Le gusta oír muchas opiniones antes de tomar una decisión importante?
90. Sí No ? Le gusta a V. tratar a una persona dominante como ella le trata a V.?

91. Sí No ? Se distrae su cabeza con tanta frecuencia que a menudo pierde la noción de lo que está haciendo?
92. Sí No ? Es V. capaz de discutir con una persona más anciana a la cual respeta?
93. Sí No ? Encuentra V. dificultades en tomar decisiones por sí mismo?
94. Sí No ? Intenta V. siempre animar una reunión cuando la encuentra aburrida?
95. Sí No ? Le agradecería a V. «encararse» con una persona cuando ésta le calumnia?
96. Sí No ? Cuando asiste V. a una recepción o un té le molesta ir a encontrar la persona más importante?
97. Sí No ? Cree V. que la gente le interesa más que las cosas?
98. Sí No ? Le gusta más el juego que el baile?
99. Sí No ? Se inclina V. a ser absolutista en sus creencias políticas, religiosas o sociales?
100. Sí No ? Prefiere más estar solo cuando tiene alguna conmoción moral?
101. Sí No ? Prefiere V. más trabajar en compañía?
102. Sí No ? Acostumbra a trabajar mejor cuando es V. estimulado y alabado?
103. Sí No ? Le cuesta trabajo iniciar una conversación con un desconocido?
104. Sí No ? Alternan sus sentimientos entre la alegría y la tristeza sin motivo aparente?
105. Sí No ? Se ocupa V. con regularidad de su propiedad personal?
106. Sí No ? Le preocupa a V. la idea de posibles desgracias?
107. Sí No ? Prefiere, en general, guardar secretos sus sentimientos?
108. Sí No ? Puede V. resistir largo tiempo un trabajo pesado sin que nadie le ayude ni le estimule?
109. Sí No ? Cuando lee V. un libro le sugiere tantas ideas como cuando discute más tarde a propósito de él?
110. Sí No ? Cuando tiene preocupaciones las resuelve sin buscar ayuda?
111. Sí No ? Ha estado V. reconocido como director (presidente, capitán, etc.) de algún grupo durante los últimos cinco años?

112. Sí No ? Prefiere tomar solo las decisiones rápidas?
113. Sí No ? Si se encuentra con un grupo perdido en el camino, le gusta más que alguien tome la responsabilidad de guiarlo?
114. Sí No ? Le molesta la idea de que la gente le mira cuando va por la calle?
115. Sí No ? Se encuentra V. excitado con frecuencia?
116. Sí No ? Obtiene V. fama de crítico respecto la otra gente?
117. Sí No ? Le gusta acumular responsabilidades?
118. Sí No ? Se mantiene V. en segundo plano en las actividades sociales?
119. Sí No ? Le molesta a V. mucho que otros le digan cómo tiene que comportarse?
120. Sí No ? Cree que el matrimonio es esencial para su felicidad actual o futura?
121. Sí No ? Le gusta mucho la compañía de gentes?
122. Sí No ? Puede V. estar optimista cuando le rodean personas deprimidas?
123. Sí No ? Le molesta a V. mucho la disciplina?
124. Sí No ? Es V. considerado indiferente respecto el sexo contrario?
125. Sí No ? Se sentiría V. muy satisfecho si tuviese que defender una idea para iniciar una discusión entre un grupo de gente?

BENREUTER CASTELLANO
índices ponderales para la puntuación en la escala BI-N

	Sí	No	7		Sí	No	?		Sí	No	>
1	2	2	0	43	1	2	2	87	2	3	2
2	5	4	2	44	3	2	1	88	3	2	1
3	2	2	0	45	4	4	0	89	1	1	2
4	2	2	0	46	3	2	1	90	0	1	i
5	6	5	2	47	1	0	1	91	3	3	2
6	1	1	1	48	4	3	1	92	1	0	2
7	3	1	1	49	4	3	0	93	3	3	0
8	7	7	0	50	0	1	2	94	2	3	1
9	1	1	2	51	7	7	2	95	1	1	0
10	3	3	1	52	1	1	1	96	4	3	1
11	1	1	1	53	2	2	1	97	2	3	2
12	3	3	0	54	4	5	1	98	1	1	1
13	1	1	2	55	2	2	0	99	1	1	1
14	4	4	1	56	1	1	1	100	2	2	1
15	1	1	1	57	3	3	1	101	1	1	1
16	2	2	1	58	1	2	2	102	2	1	3
17	3	2	2	59	3	3	2	103	3	2	1
18	4	3	2	60	1	1	0	104	7	7	0
19	1	1	3	61	1	1	1	105	2	2	0
20	4	3	1	62	2	3	2	106	6	5	3
21	3	3	0	63	1	1	1	107	1	0	1
22	3	2	3	64	1	1	1	108	2	3	1
23	2	2	1	65	4	4	1	109	1	1	1
24	6	7	1	66	2	2	1	110	1	1	1
25	2	1	2	67	7	3	1	111	2	2	2
26	3	3	0	68	1	1	3	112	1	1	2
27	3	2	1	69	4	4	1	113	2	1	3
28	1	1	j	70	1	1	\	114	5	4	2
29	1	1	1	71	3	2	2	115	3	3	1
30	3	3	0	72	6	6	1	116	1	2	1
31	0	1	1	73	7	7	1	117	0	1	\
32	1	0	1	74	2	2	1	118	4	2	1
33	0	1	2	75	1	2	1	119	2	2	0
34	2	2	2	76	1	1	1	120	1	1	0
35	1	1	1	77	2	3	1	121	2	2	2
36	1	1	0	78	1	1	1	122	2	3	0
37	1	1	2	79	1	1	1	123	3	3	2
38	0	1	\	80	5	4	0	124	2	2	1
39	5	7	2	81	3	3	1	125	3	2	2
40	2	2	2	82	1	2	2				
41	2	2	1	83	1	1	3				
42	4	3	1	84	1	1	1				
				85	1	1	3				
				86	2	1	1				

BENREUTER CASTELLANO
 índices ponderales para la puntuación en la escala B2-S

	Sí	No	?		Sí	No	5		Sí	No	?
1	4		1	43	4	4	1	87	1	0	2
2	i	1	-2	44	2	3	1	88	-1	1	0
3	3	-2	.2	45	0	0	-2	89	-4	3	3
4	-2	2	0	46	-2	2	1	90	1	0	-1
5	3	-3	-1	47	-4	4	-2	91	-1	1	-1
6	-1	1	0	48	-1	1	2	92	1	-1	2
7	-1	1	.2	49	-1	1	0	93	3	4	-3
8	-1	1	0	50	-1	1	-1	94	1	-1	1
9	-2	2	-2	51	-1	1	0	95	1	1	-1
10	-3	3	2	52	3	3	-1	96	-1	1	i
11	2	-1	-1	53	-1	2	]	97	-4	3	0
12	-1	1	0	54	1	0	.1	98	1	-2	1
13	-3	2	1	55	0	1	]	99	2	-1	1
14	-1	1	1	56	-1	1	0	100	3	3	2
15	0	1	1	57	-1	1	-1	101	-5	6	-1
16	0	0	0	58	1	-1	-1	102	-1	2	0
17	-4	3	0	59	-2	2	0	103	-1	1	1
18	-1	1	2	60	-1	1	2	104	-1	1	1
19	1	1	-3	61	7	7	-1	105	1	-1	-2
20	-1	1	-1	62	-2	2	-1	106	1	-1	-1
21	-1	1	0	63	-1	1	-1	107	2	-3	1
22	-2	2	0	64	-1	1	-1	108	3	-4	3
23	0	-5	-2	65	-2	2	0	109	3	-3	0
24	-1	1	|	66	-2	2	3	110	4	-5	1
25	1	-1	-2	67	1	-1	1	111	0	-1	2
26	1	-1	-1	68	1	-1	-1	112	6	-6	-1
27	-2	2	1	69	-3	3	-2	113	1	1	1
28	-2	1	1	70	-4	4	1	114	-1	0	1
29	-1	-1	1	71	0	0	1	115	-1	1	1
30	-2	2	-2	72	-2	2	1	116	2	-2	1
31	-2	3	-1	73	-1	1	.i	117	1	-2	1
32	-2	3	-3	74	1	-1	1	118	1	-1	1
33	2	-3	-1	75	1	-1	1	119	1	-1	1
34	-2	1	1	76	2	-1	2	120	-1	2	-2
35	-3	3	-1	77	-1	1	1	121	-4	3	2
36	-1	1	0	78	-3	3	1	122	3	-3	.j
37	-1	1	]	79	4	-4	3	123	0	1]
38	-4	4	1	80	-1	2	-2	124	1	-1	j
39	-1	1	-1	81	-2	3	-2	125	-2	2	-1
40	1	-1	2	82	4	-3	-2				
41	1	-1	1	83	3	3	0				
42	-1	1	-1	84	2	2	1				
				85	-2	2	1				
				86	-1	0	1				

BENREUTER CASTELLANO
índices ponderales para la puntuación en la escala B3-I

	Si	No	?		Si	No	>		Si	No	
1	1	- 1	1	43	- 1	2	- 1	87	1	0	. i
2	3	- 4	0	44	2	- 1	- 1	88	2	1]
3	- 1	1	1	45	2	- 2	2	89	0	1	1
4	1	- 1	1	46	2	- 2	- 3	90	0	0	0
5	-3	3	]	47	3	- 1	- 1	91	2	2	2
6	1	- 1	1	48	2	- 2	1	92	0	1	. 2
7	1	- 1	0	49	3	- 3	1	93	2	- 2	. [
8	3	- 2	- 3	50	0	0	1	94	- 1	1	. j
9	1	- 1	1	51	6	- 7	1	95	- 1	1	- 1
10	2	- 2	1	52	1	- 1	- 1	96	2	- 2	1
11	0	1	- 2	53	1	- 1	1	97	1	1	1
12	3	- 3	0	54	3	- 3	0	98	2	- 1	- 1
13	- 2	2	- 1	55	- 1	1	- 1	99	2	- 1	- 1
14	3	- 3	1	56	- 2	2	1	100	2	- 2	. i
15	0	- 1	1	57	2	- 2	0	101	- 1	1	1
16	- 1	1	- 1	58	- 1	1	- 2	102	2	- 2	- 1
17	2	- 2	- 1	59	1	0	1	103	1	- 1	- 1
18	2	- 2	3	60	2	- 2	0	104	5	- 4	- 2
19	2	- 2	1	61	1	- 1	1	105	0	0	0
20	2	- 1	- 1	62	- 1	2	- 1	106	3	- 3	- 1
21	1	- 1	\	63	- 1	1	1	107	- 1	1	0
22	1	- 2	1	64	1	- 1	1	108	1	1	- 1
23	1	- 1	- 1	65	1	- 1	0	109	2	- 2	1
24	2	- 2	1	66	2	- 2	3	110	1	- 1	0
25	2	- 1	- 2	67	- 1	1	- 1	111	- 1	1	0
26	3	- 2	- 0	68	2	- 1	- 2	112	1	- 1	0
27	1	- 1	1	69	2	- 1	- 2	113	2	- 1	- 2
28	- 1	0	1	70	1	- 1	- 2	114	3	- 3	1
29	1	- 1	- 1	71	5	- 4	- 2	115	2	- 2	1
30	2	- 2	1	72	3	- 2	- 1	116	2	1	- 1
31	- 1	2	\	73	2	- 3	2	117	1	- 1	- 2
32	1	1	- 1	74	1	- 1	- 1	118	3	- 2	0
33	1	- 1	- 1	75	- 1	2	- 1	119	2	- 2	1
34	- 1	1	- 1	76	1	- 1	- 1	129	1	1	- 1
35	0	1	- 1	77	1	- 2	2	121	- 2	2	1
36	0	0	1	78	- 1	1	- 2	122	1	1	- 2
37	2	- 2	- 1	79	- 1	1	0	123	2	- 2	0
38	- 1	1	0	80	2	- 1	- 1	124	1	- 1	0
39	4	- 3	0	81	2	- 2	1	125	2	- 1	~ 2
40	0	0	2	82	- 1	3	- 1				
41	0	1	1	83	2	- 1	- 2				
42	1	0	2	84	1	- 1	2				
				85	- 1	1	1				
				86	2	- 1	- 1				

BENREUTER CASTELLANO
 índices ponderales para la puntuación en la escala B4-D

	Sí	No	?		Sí	No	?		Sí	No	?
1	3	3	1	43	3	3	2	87	4	4	1
2	1	1	2	44	0	1	1	88	1	1	1
3	1	1	1	45	1	2	2	89	1	1	2
4	2	2	2	46	2	2	1	90	2	1	1
5	3	2	2	47	0	1	2	91	2	2	3
6	1	1	1	48	2	2	1	92	2	2	2
7	1	1	1	49	1	2	2	93	4	3	0
8	1	1	1	50	1	1	1	94	4	4	0
9	2	3	2	51	2	2	1	95	2	2	1
10	2	2	3	52	1	1	1	96	3	4	3
11	2	2		53	1	1	1	97	1	1	1
12	2	2	1	54	2	2	1	98	1	1	0
13	1	1	1	55	0	1	2	99	0	1	1
14	2	2	1	56	1	1	2	100	1	1	0
15	3	2	2	57	1	1	3	101	1	1	1
16	3	3	0	58	4	4	2	102	1	1	1
17	2	2	0	59	4	4	0	103	5	5	2
18	3	3	1	60	0	0	1	104	1	1	1
19	3	2	0	61	1	1	1	105	1	0	1
20	3	3	1	62	3	3	1	106	2	2	1
21	1	1	2	63	1	2	1	107	1	1	1
22	1	2	2	64	1	1	1	108	1	1	1
23	1	1	3	65	2	3	2	109	1	1	1
24	4	6	3	66	2	3	3	110	1	1	1
25	2	1	3	67	3	2	3	111	2	2	2
26	1	1	1	68	2	2	1	112	2	1	2
27	1	1	1	69	3	3	1	113	2	2	0
28	3	3	1	70	0	1	2	114	3	3	3
29	3	3	2	71	1	1	1	115	1	1	1
30	2	3	1	72	4	4	0	116	0	0	1
31	1	1	1	73	1	2	2	117	3	3	1
32	2	2	1	74	3	3	0	118	4	4	1
33	2	2	1	75	2	1	2	119	0	0	0
34	1	1	1	76	2	2	2	120	1	1	2
35	0	0	0	77	1	2	1	121	2	1	2
36	3	4	1	78	1	2	3	122	1	1	1
37	1	1	0	79	1	1	1	123	1	1	1
38	1	1	1	80	4	5	1	124	1	2	2
39	2	2	1	81	0	1	1	125	3	4	3
40	4	4	0	82	3	3	2				
41	2	2	1	83	1	2	1				
42	2	2	1	84	1	1	1				
				85	1	1	1				
				86	2	2	0				

**Cuadro porcentual para la clasificación del sujeto
de acuerdo con su puntuación en la escala BI-N**

	BENREUTER Bachilleres		PERCENTILES Universitarios		Adultos	
	Hombres	Mujeres	Hombres ; Mujeres		Hombres	Mujeres
165						
160			99			
155			98			
150			98			99
145			98			98
140			97	99		98
135		99	97	98		98
130		98	97	98		97
125	99	97	96	98		97
120	98	96	96	97		96
115	98	95	96	97		96
110	98	94	95	96		95
105	97	93	95	96		95
100	97	92	94	95		94
95	97	91	94	95	99	93
90	96	89	93	94	98	92
85	96	88	93	94	98	91
80	95	86	92	93	97	90
75	95	85	92	93	96	89
70	94	84	91	92	95	88
65	94	83	91	91	94	87
60	93	82	90	90	93	86
55	93	81	89	88	92	85
50	92	80	88	86	91	84
45	92	78	87	84	90	83
40	91	76	86	82	89	82
35	90	74	85	80	88	81
30	88	72	83	79	87	79
25	86	71	82	77	86	77
20	84	69	80	76	85	75
15	82	67	78	74	84	73
10	80	65	77	72	83	71
5	78	63	76	70	81	69
0	76	61	74	68	79	67
5	74	59	72	66	77	65
10	72	57	70	64	75	63
15	70	55	68	62	73	60

	BENREUTER <i>Bachilleres</i>		PERCENTILES <i>Universitarios</i>		<i>Adultos</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
20	69	53	66	60	72	57
25	67	50	65	57	71	54
30	66	48	63	55	70	52
35	64	46	61	53	68	50
40	62	44	59	50	66	48
45	60	42	58	48	64	46
50	57	40	56	46	62	44
55	54	38	54	44	60	42
60	51	36	52	42	58	40
65	49	34	50	40	56	39
70	47	32	48	38	54	37
75	45	30	46	36	51	35
80	42	27	44	34	49	33
85	40	24	41	32	46	31
90	38	22	38	29	43	29
95	35	19	35	27	41	27
100	33	17	33	25	38	25
105	31	14	31	23	35	23
110	29	12	29	21	33	21
115	27	10	26	19	30	19
120	24	8	24	17	27	17
125	22	7	22	15	25	15
130	20	6	20	13	23	13
135	18	5	18	11	21	11
140	16	4	16	10	19	9
145	14	4	14	8	17	7
150	12	3	12	7	15	6
155	10	3	10	6	13	5
160	8	2	9	5	12	4
165	6	2	8	4	10	3
170	5	1	7	4	9	2
175	4		6	3	8	2
180	3		5	3	7	1
185	2		4	2	6	
190	1		3	2	5	
195			2	1	4	
200			1		3	
205					2	
210					1	

Cuadro porcentual para la clasificación del sujeto de acuerdo con su puntuación en la escala B2-S

	BENREUTER				AUTOSUFICIENCIA	
	<i>Bachilleres</i>		<i>Universitarios</i>		<i>Adultos</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres;</i>	<i>Mujeres</i>
165						
150						
145						
140			99		99	99
135	99		98	99	98	98
130	98		97	98	97	97
125	97	99	96	98	96	96
120	96	98	95	97	95	95
115	95	98	94	97	94	94
110	94	97	93	96	92	93
105	93	96	92	95	90	92
100	92	95	91	94	88	91
95	91	94	90	93	86	90
90	90	92	89	92	84	89
85	89	91	87	91	82	88
80	88	90	85	90	79	87
75	87	88	83	88	76	86
70	84	86	80	87	73	84
65	81	83	77	85	69	82
60	78	81	74	83	65	80
55	74	79	70	80	61	77
50	71	77	66	77	57	74
45	68	74	63	74	53	70
40	64	72	60	71	49	67
35	60	70	57	68	45	64
30	56	68	53	65	41	61
25	52	65	49	62	37	57
20	49	62	45	59	33	53
15	45	58	42	56	30	49
10	42	54	39	52	27	46
5	38	50	36	48	24	42
0	34	47	33	44	21	38
5	30	44	29	40	19	34
10	26	41	25	37	17	30
15	22	38	23	34	15	27
20	18	35	20	31	13	24
25	15	32	18	28	12	21

	BENREUTER				AUTOSUFICIENCIA	
	<i>Bachilleres</i>		<i>Universitarios</i>		<i>Adultos</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
30	13	29	16	25	U	19
35	11	26	14	22	10	17
40	9	23	12	20	9	15
45	8	20	10	17	8	13
50	7	17	8	15	7	11
55	6	14	7	13	6	9
60	5	11	6	11	5	8
65	4	9	5	9	4	7
70	3	8	4	7	3	6
75	3	7	3	6	2	6
80	2	6	2	5	2	4
85	2	5	2	4	1	3
90	1	4	1	3		3
95		3		3		2
100		2		2		2
105		1		2		2
110				1		1

Cuadro porcentual para la clasificación del sujeto de acuerdo con su puntuación en la escala B3-I

	BENREUTER				Introversión-Extraversión	
	<i>Bachilleres</i>		<i>Universitarios</i>		<i>Adultos</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
105						
100			99			99
95			98			98
90		99	98	99		98
85		98	97	98		97
80		97	97	98	99	96
75	99	96	96	97	98	95
70	98	94	95	96	97	94
65	98	93	94	95	96	93
60	97	93	93	94	95	92
55	97	90	92	93	94	91
50	96	SS	91	92	93	90
45	95	86	90	91	92	89
40	94	84	88	89	90	88
35	93	82	86	87	88	87

	BENREUTER				Introversión-Extraversión	
	<i>Bachilleres</i>		<i>Universitarios</i>		<i>Adultos</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
30	92	80	84	85	86	85
25	90	78	82	82	84	83
20	88	75	80	79	82	80
15	85	72	78	76	80	76
10	82	69	76	73	77	72
5	79	66	73	70	74	68
0	76	63	70	67	71	63
• 5	73	59	67	63	68	59
• 10	70	55	64	59	65	55
15	67	51	61	56	62	51
20	64	48	58	56	58	47
- 25	60	44	55	48	55	43
• 30	56	41	52	44	52	39
• 35	52	37	49	40	49	36
40	48	33	46	36	46	32
- 45	45	29	42	32	43	28
• 50	41	26	38	28	40	24
55	38	23	34	25	36	20
60	34	19	31	21	32	17
65	31	16	27	17	28	14
70	27	15	23	14	24	11
75	23	10	19	12	20	8
• 80	19	8	15	10	16	6
85	15	6	12	8	13	5
90	11	4	9	6	10	4
95	8	3	7	5	8	3
100	6	2	5	4	6	2
105	4	1	4	3	5	2
110	3		3	2	4	1
115	2		2		3	
120	1		1		2	
125					1	
130						

Cuadro porcentual para la clasificación del sujeto de acuerdo con su puntuación en la escala 64-D

	BENREUTER				Dominio-Sumisión	
	<i>Bachilleres</i>		<i>Universiarios</i>		<i>Adultos</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
175			99		99	
170			98		98	
165			97		97	
160			96		96	
155			95		95	
150			94	99	94	
145	99		93	98	93	
140	98		92	97	92	99
135	97		91	96	91	98
130	96	99	90	95	90	97
125	95	98	88	94	89	96
120	93	98	86	93	88	95
115	91	97	84	91	86	94
110	89	96	81	89	83	92
105	87	94	79	87	80	90
100	85	92	76	85	77	88
95	83	90	74	83	74	86
90	81	88	71	80	71	84
85	79	85	69	77	68	82
80	77	83	66	74	65	80
75	75	81	64	71	62	79
70	73	79	61	68	59	77
65	71	77	58	65	56	75
60	68	75	55	62	53	73
55	65	72	52	59	51	70
50	61	69	49	57	48	67
45	57	66	46	55	45	64
40	52	63	43	53	42	61
35	48	60	40	51	39	59
30	44	57	37	48	35	56
25	40	55	35	45	32	53
20	36	53	33	42	29	50
15	33	51	31	39	27	47
10	30	49	29	36	25	45
5	28	47	26	34	23	42
0	25	45	24	31	21	39
— 5	23	43	21	28	19	36
— 10	20	41	19	25	17	33

	BENREUTER				Dominio-Sumisión	
	<i>Bachilleres</i>		<i>Universitarios</i>		<i>Adultos</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
15	18	37	17	23	15	30
20	15	35	15	21	13	27
25	13	32	13	19	11	25
30	11	29	12	17	9	23
35	10	27	11	15	8	21
40	9	25	10	14	7	19
45	8	23	9	12	6	17
50	7	21	8	11	6	15
55	6	19	7	10	5	13
60	5	16	7	9	5	12
65	5	14	6	8	4	11
70	4	11	6	7	4	10
75	4	9	5	6	3	9
80	3	7	5	5	3	8
85	3	5	4		3	7
90	3	4	4	3	2	6
95	2	3	3	3	2	5
100	2	2	3	2	2	4
105	2	2	3	2	1	3
110	1	1	2	1		3
115			2			2
120			2			2
125			1			2
130			1			1

4) ESQUEMA INTERPRETADOR DE ANTECEDENTES DEL DR. M. BARILARI¹

El E. I. A. no pretende reemplazar la historia de la vida del enfermo, ni constituye tampoco un simple resumen del antecedente².

Su finalidad es la interpretación global del antecedente y no la explicación descriptiva de su vida. El enfermo explica; el médico escucha, interroga, reflexiona e interpreta. El E. I. A. significa su acervo hereditario y su vida pasada, vistos panorámicamente en la *secuencia longitudinal* (desarrollo de los procesos) y en las *etapas transversales*, tomando en cuenta la vinculación de lo anatómico, funcional, psíquico, circunstancial y tratamientos.

Para realizarlo se debe:

- a) Buscar la comprensión y no el agotamiento de detalles.
- b) Indicar principalmente los datos positivos.
- c) Usar un estilo conciso «telegráfico».
- d) Comenzarlo fijando algunas fechas que el enfermo recuerde con seguridad, para facilitar el entendimiento en cuanto a la orientación cronológica y poder así dividir, desde un principio el esquema en etapas.
- e) Hacer resaltar los distintos factores interesantes, con sus relaciones.
- f) *En resumen: delimitar, conexionar y comparar.*

Delimitar:

El esquema lleva impreso una «*delimitación vertical*» (secuencia longitudinal): soma, evolución constitucional, edad, síntomas

1. Véase la pág. 71 del texto.
2. Hechos clínicos y su interpretación. M. J. Barilari. 1937.

funcionales aun no interpretados, psiquis, ambiente, análisis, informes médicos, radiografías, tratamientos, datos complementarios, y dos «delimitaciones horizontales» (zonas críticas de la gráfica vital): menarquia, menopausia cuando la haya, comienzo aparente de la enfermedad actual.

Procúrese añadir otras (corte transversal), marcando épocas en la vida del paciente: casamiento, fechas escolares, intervenciones, internación en hospitales, cambio de región, etc., pueden servir de límite. En el hombre: pubertad, primeras relaciones sexuales, salida del hogar familiar, etc. Cada factor importante debe ser subrayado más o menos intensamente y los lápices de colores diversos pueden ser de gran utilidad para la visión global.

Conexionar:

Procúrese que cada época del E. I. A. forme un conjunto que dé cierta orientación clínica. No olvidemos que el antecedente constituye un porcentaje elevado de la historia clínica. De allí la necesidad de elegir bien las «delimitaciones» de cada época. Mediante trazos de tinta, lápiz negro o de color, verticales, horizontales y oblicuos, únense los factores relacionados entre sí, pero teniendo en cuenta que es siempre la totalidad de la persona la que obra y reacciona y que hay que tender a la comprensión total somatopsíquica. El E. I. A. debe reflejar fielmente la opinión que el médico o el estudiante tienen del antecedente del enfermo. Significa una laboración discriminativa ulterior efectuada con estos elementos. El E. I. A. debe emancipar el pensamiento del médico de la rutina, debe incitarlo a pensar sobre la vida de su enfermo y a reflejar claramente dicho pensamiento sobre el papel. Admite todas las modificaciones e ideas nuevas que aclaren la visión global (*esquema funcional abierto a toda sugestión*).

Comparar:

Por comparación de la situación actual con épocas anteriores, se puede formar una opinión más exacta sobre el estado del paciente.

Antecedentes hereditarios: Recordando los grandes grupos de: enfermedades mentales y del sistema nervioso, de la sangre

(hemoñlia) o el metabolismo, etc. No limitarse a la investigación de los parientes próximos, sino también de los lejanos.

Patología familiar: Recordar que no toda afección congénita es hereditaria, como también que los trastornos producidos durante la vida fetal por intoxicación (alcohol) o por enfermedades adquiridas por los padres y por influencias externas, no corresponden a la herencia.

Síntomas de alteraciones y enfermedades orgánicas. Síntomas funcionales de origen orgánico: Todos los procesos que un análisis retrospectivo permita clasificar como orgánicos, tratando en lo posible de anotar los síntomas.

Constitución. Su evolución: En esta columna se anotarán las modificaciones morfológicas y funcionales vinculadas al fenotipo como también las modificaciones durante la menopausia, embarazo, parto y puerperio. La constitución y el temperamento, con sus referencias neuroglandulares y endocrinas, juzgadas por el análisis retrospectivo en su evolución (ejemplo: evolución hacia el hipertiroidismo después de un parto, de una emoción, etc.). En esta columna se anotará gráficamente con curvas o líneas las anomalías menstruales. Además peso y estatura.

Edad y fechas: Comenzar siempre de abajo hacia arriba, anotando sólo las edades de interés, algunas con su fecha. Los espacios entre una y otra, quedan a criterio del médico y en vinculación al número de hechos a anotarse en las otras columnas.

Síntomas de trastornos funcionales no interpretados: Aquellos síntomas que, no pudiendo clasificarse como orgánicos o como psicógenos, recién podrán ser interpretados al final del examen clínico (síntomas anfóteros). *Por ejemplo:* Las impresiones psíquicas suelen producir diarrea, rubor, palidez, náuseas, etc., las que pueden provenir también de alteraciones orgánicas. El miedo produce palpitaciones; por otra parte las palpitaciones y algunos trastornos funcionales de la actividad cardíaca, producen miedo¹.

1. No olvidar que: a) las neurosis provocan fenómenos idénticos a los que se observan en enfermedades orgánicas; b) las enfermedades somáticas suelen producir las mismas manifestaciones que las observadas en las neurosis. No confundir funcional con psicógeno.

Manifestaciones psíquicas y síntomas funcionales psicógenos: No se trata de un análisis psíquico profundo, sino sólo de aquellos datos que tengan un interés para el conocimiento psíquico del paciente (evolución psíquica, depresiones, modificaciones de carácter, manifestaciones psíquicas de la vida instintiva, emociones, toxicomanía, etc. y sus reacciones).

Medio ambiente y circunstancias en su relación con los factores personales: Todas las circunstancias que hayan rodeado al paciente durante su vida y gravitado física o psíquicamente sobre su estado: vida familiar, traumas psíquicos, situaciones económicas, cambios de región, escuela, etc. «Yo soy yo y la circunstancia» (Ortega y Gasset).

Análisis. Informes médicos. Radiografías. Tratamientos y sus efectos: Todos los elementos que el paciente y sus allegados aporten.

Datos complementarios: Aquellos en que sea necesario mayor detalle y a los que se haya hecho referencia mediante llamadas en las otras columnas.

Al ingreso: Motivos o causas del ingreso al Servicio.

CUADRO SINTÉTICO DE INTERPRETACIÓN DE ANTECEDENTES (Servicio de Clínica Médica del Dr. M. J. Barilari - Pabellón IV)

NOMBRE: EDAD: ACTIVIDAD: NACIONALIDAD: ESTADO: PROCEDENCIA:
 FECHA DE INGRESO: CAMA: INTERPRETACIÓN DEL DR.

AL INGRESO:

Síntomas de alteraciones y enfermedades orgánicas. Síntomas funcionales de origen orgánico.	Constitución (Su evolución)	Edad y Fechas	Síntomas de trastornos funcionales (no interpretados)	Manifestaciones psíquicas y síntomas funcionales psicógenos	Medio Ambiente (Circunstancias)	Análisis - Informes médicos. Radiografías Tratamientos y sus efectos	Datos complementarios
Comienzo aparente de la enfermedad actual.							
Menarquia							
Antecedentes hereditarios:							

Psicología familiar:

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
PALABRAS PREVIAS	7
CAPÍTULO I	
Objeto y fines de la psicoterapia	11
El concepto de la «enfermedad» a través de los tiempos y en la actualidad	12
Síntesis evolutiva de las curaciones por «el espíritu»	15
Diferencias fenoménicas entre «ser», «estar», «vivir» y «sentirse enfermo»	18
Bibliografía	23
CAPÍTULO II	
Bases científicas de la Psicoterapia	24
Relaciones de la Psicoterapia con la Psicología Médica	29
Psicoterapia y Psiquiatría	30
Psicoterapia e Higiene mental	31
Psicoterapia y Somatoterapia	32
Relaciones de la Psicoterapia y la Holoterapia	33
Bibliografía	36
CAPÍTULO III	
Concepción psico-biosocial del individuo humano	38
Fases de la Psicogénesis y de la individuación	40
Papel relativo de los factores genotípicos y paratípicos en la determinación de la reacción personal ante las vivencias y procesos morbosos	49
La apreciación del pronóstico ante el sujeto enfermo	52
Bibliografía	54
CAPÍTULO IV	
Métodos Psicoterápicos. Factores que determinan el éxito o el fracaso de toda actuación psicoterápica: a) el psicoterapeuta; b) el enfermo; c) el ambiente; d) el trastorno morbo; e) actitud del sujeto ante su trastorno; f) la elección y el dosaje de las técnicas; g) su integración en el plan terapéutico general	55
Bibliografía	77
CAPÍTULO V	
Psicoterapia sugestiva	78
Que ha de entenderse por «sugestión»	78

Diversos tipos de curación sugestiva	83
Bibliografía	91
CAPÍTULO VI	
La sugestión hipnótica. Concepto actual	92
Diversas modalidades de hipnosis	94
Indicaciones, efectos y límites de la Hipnolterapia	103
Bibliografía	105
CAPÍTULO VII	
Características generales de la denominada Psicoterapia «comprensiva» y de la Psicoterapia «profunda». Fases de la misma en su modalidad ortodoxa (freudiana)	106
Principios generales del psicoanálisis freudiano	108
La sublimación	112
La catatimia	112
Proyección	114
Racionalización	115
Holotimia	115
Teoría de la Libido	116
Teoría freudiana de las neurosis, psiconeurosis y psicosis	123
Explicación psicoanalítica de las principales psicosis	126
Técnica y fases generales de la terapia psicoanalítica freudiana	131
Bibliografía	134
CAPÍTULO VIII	
Objeciones del psicoanálisis freudiano	135
La terapia individual de Alfredo Adler	138
Cuadro esquemático de los síntomas más comunes de las neurosis femeninas, del objeto que persiguen y de los rasgos caracterológicos que los aseguran	141
Normas y técnica de la Psicoterapia individual	142
Indicaciones y limitaciones de la terapia Adleriana	144
Bibliografía	146
CAPÍTULO IX	
La Psicoterapia compleja de Jung	148
Esencia y estructura de la Psique	149
Los arquetipos Junguianos	153
Técnica, indicaciones y limitaciones de la Psicoterapia Junguiana	157
Bibliografía	160
CAPÍTULO X	
Psicoterapia psicogógica	161
El «criterio» psicoterápico de Prinzhorn	163
La «Psicagogía» de Kronfeid	165
La psicoterapia de J. H. Schultz	167
La psicoterapia «estructural» de. Bimbaum	171
La psicoterapia «dialéctica» de Kunkel	172
El criterio psicoterápico de Schilder	175

La psicoterapia «existencial» de Ludwig Binswanger	179
La psicoterapia «psicobiológica» de Adolf Meyer	181
Posibilidades de la Psicoterapia colectiva o de grupo	182
Bibliografía	183
CAPÍTULO XI	
Métodos auxiliares de la Psicoterapia	184
Gimnoterapia	184
Ludoterapia	191
Ludoterapia pasiva o «espectacular»	193
Laborterapia o Ergoterapia	195
Ventajas e inconvenientes de la terapia ocupacional y necesidad de su formulación científica en el plan terapéutico general	198
Bibliografía	199
CAPÍTULO XII	
Psicoterapia especial	201
La actitud psicoiérica frente al enfermo somático	202
La vivencia de enfermedad en los trastornos lesionales; papel de la prospección en el curso de las somatosis crónicas	205
Psicoterapia de los enfermos cardíacos	207
Psicoterapia de los enfermos vasculares	209
Bibliografía	215
CAPÍTULO XIII	
Psicoterapia de los síndromes organoneuróticos	217
Psicoterapia de los síndromes obsesivos	219
Fobias	221
Psicoterapia de la tartamudez y de las dislalias funcionales	230
Bibliografía	233
CAPÍTULO XIV	
Psicoterapia de las neurosis sexuales	234
Psicoterapia de las toxicomanías	242
Psicoterapia de la tristeza y la ansiedad	245
Psicoterapia del insomnio	250
Bibliografía	251
CAPÍTULO XV	
La «profilaxis» o «higiene» mental	252
Bases para la lucha contra las causas «evitables» del sufrimiento psí- quico	254
Psicoterapia social	257
APÉNDICE	
La prueba de las asociaciones determinadas	259
Prueba de las asociaciones libres	275
El inventario personal de R. G. Benreuter	282
Esquema interpretador de antecedentes del Dr. M. Barilari	303