Revista
Venezolana
de
PSICOLOGÍA
CLÍNICA
COMUNITARIA



Universidad Católica Andrés Bello Caracas 2001

Nº 2



REVISTA VENEZOLANA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA

Nº 2

Universidad Católica Andrés Bello Caracas 2001

Director

Juan Carlos Romero

Coordinador

Manuel Llorens

Consejo Editorial

Silvana Campagnaro

David Ephraim

Niksa Fernández

Maritza Montero

Gustavo Peña

Revista Venezolana De Psicología Clínica Comunitaria, Nº 2

Producción: Publicaciones UCAB

Diagramación: Eugenia Pino

Programa de Especialización en Psicología Comunitaria

Dirección General de Post-Grado

Universidad Católica Andrés Bello

Depósito Legal: pp199002df450

ISBN: 1316-886X

Índice

Editorial
Sección temática especial
La Psicoterapia, distintos contextos, distintas aproximaciones
La psicoterapia en Venezuela: con deseos, con memoria
sin fondos. Aurelio Calvo
Lógica del diálogo psicoanalítico. Rómulo Lander
El juego imaginativo como un elemento auxiliar de la terapia.
Erma Brenner y Paulina Kernberg
La Relevancia de Marx en la terapéutica del siglo XXI.
Fred Newman y Lois Holzman
Rehaciendo el pasado: unas cuantas historias existosas en materia de
"Terapia Social" y sus moralejas. Fred Newman
El uso de la teoría según el Movimiento Performativo.
Carlos Rivas71

Reporte de hallazgos de una intervención psicológica en condiciones
de catástrofe con maestros del estado Vargas.
Pedro Enríque Rodríguez R
La caja de arena como escenario psicodramático en la
psicoterapia de niños. Luis Caldera107
Contribuciones
Grafología contemporánea: el análisis de la escritura una
prueba psicológica. Gustavo Peña T. y Oly Negrón C
Evaluación del trauma psicológico a través del método Rorschach:
violencia contra la mujer y trauma complejo en refugiadas
latinoamericanas. David Ephraim
Evaluación de un programa de prevención de hipertensión arterial
en una comunidad educativa. Catalina Gandica de Gisbert,
Rosalba Álvares Díaz, Ismael Gavidia Blanco, Elías Chuki y
Francisco Fragachán

Editorial

Varios rasgos de este segundo número señalan un paso más en la consolidación del esfuerzo editorial que constituye La Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria.

En primer término, recoge tres trabajos de autores estadounidenses que, con desprendimiento intelectual, acogieron nuestra solicitud para colaborar en la revista. Se trata de los artículos de Paulina Kernberg, Erma Brenner, Lois Holzman y Fred Newman. A ellos se les suma la contribución de David Ephraim, docente y psicólogo clínico venezolano, desde hace unos años radicado en Canadá. Estos trabajos se integran a los emanados de nuestro país, para ratificar la utilidad de conjugar los esfuerzos académicos, sin las limitaciones artificiales de las fronteras nacionales.

Luego, en el terreno del contenido cubierto, destaca una línea temática que recorre buena parte de los artículos: la mayoría contituyen propuestas de *intervención*.

Al respecto, dos rasgos de los trabajos merecen destacarse. De una parte, la variedad de las experiencias de intervención que aquí se presentan. Desde actuaciones en el ámbito comunitario "fundamentadas en un proceso de investigación-acción" (Gisbert y colaboradores), pasando por la *terapia social* de Newman y Holzman –comentada desde nuestro país por Rivas–, hasta el reporte de una intervención psicológica que se ofreció en el contexto del desastre natural ocurrido en Venezuela en diciembre de 1999 (Rodríguez). Dentro de esta variedad también es recalcable la presencia de dos trabajos que se ocupan, en particular, de la población infantil, campo profesional donde se desenvuelven numerosos profesionales de la salud mental en nuestro país (Brenner y Kernberg; Caldera).

De otra parte, existe un hilo conductor que otorga coherencia a las propuestas: en la mayoría de los casos se resalta la importancia de reparar en los factores sociales y culturales que sirven de contexto para la actividad terapéutica.

Además, en aquellos artículos donde el contenido se dirige hacia la evaluación psicológica, no está ausente el mismo énfasis. Al respecto basta mencionar el hincapié que pone Ephraim en la necesidad de "tomar en consideración cuestiones ligadas al género, así como a las dimensiones cultural y sociopolítica", al estudiar las secuelas psicológicas del trauma a través del método Rorschach; o el interés de Peña y Negrón por presentar "algunos resultados de estudios de verificación del valor sintomático de aspectos y elementos de la letra" realizados en Venezuela. Este último trabajo responde a la sentida necesidad de quienes hace muchos años señalan la urgencia de estudiar la validez de los instrumentos y métodos de exploración psicológica, en este caso de la grafología, en el contexto cultural que representa un país en particular.

Esperamos que el contenido de este segundo número se constituya en una muestra, siempre reducida, pero justa y digna, del enfoque comunitario actual en la clínica psicológica.

Es propicia la oportunidad para anunciar que a partir del próximo número, los artículos de la revista se someterán a un proceso de arbitraje. Los miembros del comité integrado para este fin, así como las normas para el envío de originales se hallan al final de este número.

Juan Carlos Romero Chirinos

Temática especial

La psicoterapia en Venezuela: con deseos, con memoria... sin fondos¹

Aurelio Calvo²

Resumen

Enelmarco de consideraciones socioculturales sabre el momento histórico contil, se analizan las características y los requerimientos de los pacientes solicitan atención psicológica hoy día. Al respecto se efectúan consideranes según el nivel socioeconómico y los contextos urbano y rural. Se prodonen algunas adaptaciones técnicas vinculadas a la realidad social concejulada, a partir del modelo terapéutico de prigen psicodinámico.

Abstract

The characteristics and requirements of the patients that solicit psychological attention are analysed in the context of sociocultural considerations and our present historical moment. Socioeconomic levels and the urban and rural contexts are taken into account in the analysis of the problem. Some technical adaptations related to Venezuelan social reality and based on the psychodynamic therapeutical model are proposed.

¹ El siguiente trabajo se presentó como ponencia en las Jornadas *La Psicoterapia en Venezuela* organizadas en la Universidad Católica Andrés Bello por el Programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria el 12 de mayo de 2000.

² Aurelio Calvo es licenciado en psicología (U.C.A.B.), especializado en psicología clínica (H.U.C.), psicoanalista (Sociedad Psicoanalítica de Caracas), se dedica a la consulta privada y es docente del Programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria (U.C.A.B.).

Para comenzar no creo que se pueda hablar de la psicoterapia en Venezuela como un ente compacto y homogéneo. No solamente por la diversidad de enfoques teórico-técnicos más o menos tradicionales que constituyen la oferta de ayuda, sino también porque en un país tan centralizado como el nuestro la psicoterapia, que no está exclusivamente dirigida a la atenuación sintomática como complemento del tratamiento principal con psicofármacos, es monopolizada por la capital y otras pocas ciudades importantes.

En el contexto rural las psicoterapias que podríamos denominar expresivas, es decir, las que enfatizan en la elaboración, a mediano o largo plazo, de conflictos internos, sea cual sea su origen doctrinario, son poco menos que inexistentes. Entre las muy contadas excepciones están los modelos de comunidad terapéutica rural (de las que les contaré luego). Esta diversidad de enfoques y de contextos me lleva a pensar que una actitud terapéutica standard apegada a los textos extranjeros (y muchas veces viejos) con las que todos nos formamos como clínicos suele propiciar distorsiones graves en la praxis si no se hacen adaptaciones técnicas al medio sociocultural con el que se labora. Para mi, desde luego que no es lo mismo trabajar con un paciente urbano con sus necesidades de supervivencia satisfechas (cosa cada día más difícil) que con un paciente de extracción marginal; ni que decir si se trata de un sujeto inmerso en lo rural. Pienso incluso que el peso de las características culturales de la llamada Nueva Era (New Age) tiene una distribución muy desigual en nuestro país (y seguramente en todo el tercer mundo) tanto en la estratificación social intraurbana como en la comparación de esta última con la provincia. De hecho, supongo, que los que ejercemos el oficio en la ciudad recibimos el impacto de la demanda postmoderna típica, de resolución inmediata del síntoma, de una forma distinta cuando la formula una persona de bajo nivel socio-educativo que cuando lo hace una persona de mayor estatus social. Se me ocurre en cuanto a esto un ejercicio, sin pretensiones de generalización, tomando en cuenta mi experiencia terapéutica con una pequeña muestra de pacientes de estratos sociales contrastantes en un encuadre de consulta privada. Esta es mi observación: las personas de bajos recursos educativos y económicos suelen apoyar inconscientemente su petición de inmediatez en una estructuración psíquica efectivamente multicarenciada, cuya articulación interna propicia, a mi entender, una interacción terapéutica donde predomina la pasividad receptiva, la urgencia de ser *calmadas* y la suspicacia económica. La relación transferencial suele alternar entre la idealización del terapeuta como un gran proveedor y la sospecha de que van a ser explotados por él. En cambio, según mi experiencia, la demanda de inmediatez en un sujeto de alto estatus educativo y social suele estar sostenida por una estructuración de predominio en el eje narcisista, temerosa de necesitar al otro, negada al tránsito doloroso de un proceso de búsqueda y que suele competir fálicamente con el terapeuta, en un intento de invertir el lugar de la castración (en este caso la castración suele significar la caída de la autosuficiencia y la necesidad del otro para curarse). Repito, no quiero darle a esto sino un carácter conjetural (cada estructuración psíquica contiene múltiples variables). Sólo pretendo ilustrar de un modo psicodinámico como una corriente cultural predominante tiene una impregnación peculiar según la población específica que la reciba.

En los predios rurales sospecho que la dimensión postmoderna tiene todavía una influencia mínima, aunque como todos sabemos en la provincia el arraigo del animismo, la magia y lo milagroso es muy poderoso y sus consecuencias psíquicas suelen ser tan refractarias a la influencia terapéutica como la voracidad ahistórica postmoderna que se percibe en la ciudad. Creo que los que hacemos terapia expresiva en instituciones públicas seguimos premisas derivadas del pensamiento moderno, sostenidas por ideologías del cambio terapéutico muy sistematizadas, en las cuales la memoria como función de anclaje entre el pasado, el presente y el futuro promueven en la población atendida un sentido de historicidad prospectiva en la cual el objetivo evolucionista de la adaptación social está todavía vigente (recuerdo una carta que le escribí a un amigo desde mi exilio monaguense en la cual decía que mi función en la comunidad terapéutica era poner el reloj de los pacientes a la hora del mío. Creo que en esa época era más centrado pero también más ignorante de los matices). Quisiera resaltar que para mí lo prospectivo es el deseo del terapeuta convertido en objetivos y que con la memoria como punto de conexión de la experiencia, constituye un baluarte terapéutico imprescindible en una sociedad como la nuestra, invadida por las impulsiones motoras y adictivas. No me parece casual la exacerbación de este tipo de patologías en estos tiempos en los que Narciso protagoniza casi todos los escenarios, multiplicando ecos y espejos por doquier. El slogan de hoy es: ¡vive el presente! El pasado y el futuro no importan. Ante un bombardeo comunicacional de este calibre, el sujeto puede perder parcialmente la vivencia de continuidad experiencial, complicando el aprendizaje derivado de la misma y como consecuencia repetir compulsivamente creyendo que hace algo nuevo (El Dr. Miret que en paz descanse diría: "vino viejo en botellas nuevas"). Uno de los síntomas patognomónicos de nuestra época es el pánico narcisista a envejecer. El mercado cosmético - quirúrgico con su estética de la carne, los gimnasios actuales con la intención obsesiva de abultar cada micromúsculo, los centros de bronceado, etc., crearon la realidad virtual del mito de la eterna juventud, a través de la hipertrofia del cuerpo erótico. Sin duda, las limitaciones de la vida de cada quien son demasiado dolorosas como para detenerse a pensar en ellas; la alternativa de desmentirlas, sin duda, vende más. Quizás por eso el psicoanálisis sigue siendo subversivo, su vocación es a contrapelo, ya que precisamente propone un detenimiento reflexivo frente a las urgencias reactivas que instigan las presiones sociales. Además crea un espacio de intercambio íntimo que se nutre de lo lúdico para la digestión de las contingencias vitales. Reverbera y defiende las alegrías, abre la cancha de los duelos y permite, ante todo, el posicionamiento exogámico frente al poder atrapador de la cosa nostra, llámese familia, institución o cultura.

Después de escuchar esto, algunos pensarán: éste es un romántico que apuesta a la tortuga en tiempos de la Ferrari. Pues sí, y no sólo a la tortuga sino también a la *rumiación*, como diría Desiato (1999), esa función exquisita que nos emparenta con las vacas. Tomarnos nuestro tiempo (el que nos haga falta) sin duda nos hace más autónomos frente a la seducción de las apariencias. Serrat diría *Prefiero las nueces al ruido*. En una época de simulacros, vértigos y amores electrónicos yo elijo la palabra, la memoria y el cuerpo a cuerpo. Soy de los que no duda que el psicoanalista desee algo (no creo en la abstinencia ideológica) pero también me interesa discernir qué nos demandan los que nos consultan, más allá de que urgencias no calcen con el analizante ideal.

¿Qué población me llega hoy día? Bueno, en general, personas quejosas de su situación económica, con una tendencia evacuativa muy arraigada, con demandas light (bueno, rápido y barato), con poca inclinación a pensar sobre sí mismos, tendientes a responsabilizar al entorno de sus desgracias, asustados ante la propuesta de intimidad (un paciente en estos días me decía: "me preocupa intimidar con usted"). También me llegan adolescentes, algunos parcos, algunos desafiantes, la mayoría se aburren hasta de su sombra y otros tratan de convencerme de que la droga no es mala, que seguro yo no la he probado. Ese es un panorama de inicio, luego algunos logran subjetivar su queja y comienzan a pensar analíticamente. La mayor parte de ellos creen que vienen por un motivo y luego descubren que el problema es otro y que además tiene *mil caras*. Los que toleran ese descubrimiento se quejan y los otros se espantan y me abandonan como un *zapato viejo*. Con la práctica he desarrollado habilidades legítimas y también algunos *trucos* para que se quede la mayoría. El problema ahora es que pocos hacen la primera llamada.

Si tuviera que elegir un tema clínico que me preocupa por sus repercusiones globales creo que escogería ese concepto de la psicología social denominado locus de control externo. Para mí este asunto tiene proporciones epidémicas. Discursos durante las sesiones tales como: "¡en definitiva lo que yo tengo es muy mala suerte con las mujeres!" o "¡No sé que pasa! ¿será que ya no hay hombres?", o por último el más difundido "¡la culpa la tienen los gobiernos!" proliferan de consultorio en consultorio (según mi encuesta particular). Pienso que si en algo deberían coincidir los diferentes enfoques terapéuticos, es en la lucha, sin tregua, contra este tipo de atribución causal que parece enraizado en la madeja de nuestro subdesarrollo. Las variantes clínicas de este tipo de pensamiento deben ser analizadas sistemáticamente hasta que el sujeto comprenda su nivel de responsabilidad en los vínculos que le atañen en las distintas áreas de vida.

Quisiera ahora, proponer dos estilos de intervención terapéutica (siguiendo un modelo psicodinámico) que pueden ser útiles en nuestra realidad social:

- La primera es una modalidad que me ha resultado beneficiosa en el tratamiento de pacientes de bajo nivel educativo, en sujetos con deprivaciones afectivas graves y con pacientes psicóticos con dificultades para identificar sus sentimientos. Me refiero a la formulación de mis intervenciones en un tono pedagógico. En esos momentos no me distingo mucho de un profesor que le explica a su alumno-paciente, en un lenguaje accesible y detallado, los elementos de su intimidad que puedo apreciar en el material que me trae, incluyendo la descripción de los mecanismos defensivos que le impiden ver a él lo que yo percibo. Ustedes dirán, eso es persuasión y yo no lo niego. Sin duda, lo que quiero es persuadirlo de que existe otra forma de pensar sus conflictos y le presto mis construcciones para que él pueda darle sentido a la forma en que interactúa. Sé que cierta ortodoxia psicoanalítica me acusaría del pecado de la sugestión, pero la práctica más bien me dice que la identificación funcional con la mente del analista, aunque sea postiza e inicialmente procure sólo una ortopedia intelectual, puede a la larga carburar un modelo referencial interno muy superior a la pobreza o el vacío referencial previo.
- El otro estilo que quisiera describir obedece a una limitación del encuadre derivado de la recesión económica. En efecto, la frecuencia de sesiones a la semana tiende a disminuir en la medida en que se agudiza la crisis del país. Cada vez son más los pacientes que sólo pueden venir una vez por semana a la terapia y esto amerita reajustes técnicos. Mi propuesta en esos casos es crear una estrategia explícita de trabajo que permita que el paciente se esfuerce en conectar consciente y explícitamente el material de la sesión pasada con la presente. A veces incluso, le pido que hagamos un recuento de lo que vimos la otra vez y juntos vamos haciendo conexiones con el material nuevo. Para fortalecer nuestro pacto, le explico que los conflictos se disfrazan de muchas maneras de una sesión a otra pero que siempre asoman la cabeza y por eso debemos establecer una dinámica de la sospecha. Esta variante ofrece tres ventajas visibles:
- Le complica al paciente el restablecimiento resistencial de una sesión a otra. Aunque por supuesto no la elimina y parte del trabajo consiste en señalar las resistencias una y otra vez.

- 2. Por su formato de tarea no sólo intrasesión sino extrasesión, suele reducir la tendencia a la actuación en pacientes impulsivos, ya que estimula el funcionamiento de la mediación yoica entre el estímulo y la acción resolutiva.
- 3. Al enfatizar la interconexión entre lo pasado y lo presente permite identificar, múltiples veces, la dinámica de la repetición y va incorporado progresivamente el paso de un discurso consultivo a uno asociativo e interrogativo (del síntoma clínico al síntoma analítico). Entiendo que este tipo de abordaje le da un sesgo directivo a la intervención terapéutica, pero me parece un ajuste operativo pre-analítico útil ante la alarmante solicitud de *mucha ayuda en pocas horas*.

Para finalizar quisiera rescatar la psicoterapia institucional y pasearme con cierta nostalgia por mi experiencia comunitaria en un ambiente rural. En ese momento, el año 1985, yo estaba recién egresado de esta universidad; era muy joven y más neurótico. Por lo tanto, gran parte de lo que hoy les voy a comentar de esa travesía son resignificaciones posteriores, hechas con menos puntos ciegos y más conocimientos clínicos. No me voy a detener mucho en detalles estructurales, bastará decir que una comunidad terapéutica intenta recrear un microcosmos de la sociedad, en la cual los internos (en este caso fármaco-dependientes) trataban de rehabilitarse socialmente a través de un arreglo de contingencias ambientales muy controladas y un bombardeo terapéutico individual y grupal que no se limitaba a los consultorios sino que tomaba su mayor fuerza de la que, yo llamaría hoy, metáfora agropecuaria. Este factor es de especial importancia para justificar las adaptaciones terapéuticas que deben realizarse con poblaciones rurales.

Recuerdo sesiones en el campo, en las cuales un comentario banal sobre la utilidad del compostero nos conducía por un camino asociativo donde aparecía la añoranza por los objetos perdidos (desechos vegetales) y la necesidad de reelaborarlos para fortalecer los vínculos actuales (utilización de los desechos como abono para las próximas siembras). Las vicisitudes en la crianza de los pollos y los conejos, los olvidos en su alimentación, los maltratos y el necesario sacrificio de los mismos a cierta edad, eran activamente asociados

con vivencias personales pasadas de descuido, maltrato y separación. Recuerdo que en aquella época la propuesta del director de que lleváramos a cabo las sesiones individuales en el campo provocó muchas resistencias. Los terapeutas argumentábamos que eso no era nuestro trabajo y que además eso iba a complicar la necesaria asimetría funcional entre el terapeuta y el paciente. Alguno que otro paciente protestó en asamblea que los terapeutas iban al campo a hacer turismo, pero en general, las distorsiones casi siempre eran superables.

Las distancias tan cortas que se establecen en instituciones de internación entre el personal técnico y los pacientes ameritan una reconsideración puntual de los parámetros de abstinencia, anonimato, confidencialidad y asimetría. Pero esto último lo podemos dejar para la discusión.

Bibliografía

Desiato, M. (1999). *La postmodernidad: vigencia o destierro del psicoanálisis*. Conferencia dictada en el Foro de la Sociedad de Candidatos de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas.

Lógica del diálogo psicoanalítico 1

Rómulo Lander²

Resumen

A partir de una descripción inicial de las ramas principales de la psicoterapia, el autor pasa a caracterizar, en particular, el trabajo psico-analítico. Para ello define en primer lugar lo que denomina el diálogo psicoanalítico, y procede a desarrollar aquellas condiciones que le dan especificidad. Esta singularidad le otorgaría al psicoanálisis una presencia inexorable dentro del campo terapéutico y, desde allí, una relevancia sociocultural.

Abstract

Based on an initial description of the main branches of psychotherapy, the author goes on to describe psychoanalitical work. He defines what he terms the psychoanalytic dialogue and goes on to enumerate the conditions that make it a specific process. The aforementioned unique characteristics would assign psychoanalysis a place within the therapeutic field and, morevover, would give it sociocultural relevance.

¹ El siguiente trabajo se presentó como ponencia en el marco de las Jornadas: La Psicoterapia en Venezuela, llevadas a cabo en la Universidad Católica Andrés Bello el 12 de mayo de 2000.

² Rómulo Lander es psiquiatra (Hospital Militar), miembro fundador de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas y miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional, así como profesor y didacta en el Instituto de Psicoanálisis de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas.

La convocatoria a estas Jornadas nos muestran una clara preocupación que coincide con la de muchos profesionales de la Psicoterapia. En la convocatoria se plantea con preocupación la tendencia mundial a tratar de disminuir la duración y frecuencia de la psicoterapia. Se pregunta si esto afectará la calidad de la práctica y si es posible que se cierre el campo de la psicoterapia para los profesionales mejor formados. Se propone la posibilidad de crear modificaciones técnicas que acorten, hagan más efectiva a la psicoterapia y se adapten a las condiciones socio-culturales de cada región en particular. La convocatoria plantea seis puntos para la reflexión. Todos ellos tienen que ver con las particularidades sociales y culturales de nuestra región y de como la psicoterapia podría adaptarse para ser más efectiva. En lo personal, creo que no es posible hablar de la efectividad socio-cultural de la psicoterapia en términos generales. Es necesario hacerlo desde la particularidad de cada tipo de psicoterapia. Todos sabemos que la psicoterapia refiere a una ayuda psíquica a través de la palabra. Aunque algunos tipos de psicoterapia incluyen el manejo del cuerpo (la bioenergética) y el pasaje al acto (la gestalt y el psicodrama). Yo como psicoanalista distingo dos grandes ramas de la psicoterapia: (a) Las orientadas a la ayuda por vía directiva, de consejos y de orientación, las cuales son fundamentalmente psicoterapias de la conciencia y (b) Las orientadas a la exploración y la búsqueda interior, al conocimiento de sí-mismo y al descubrimiento de lo desconocido de nuestra propia naturaleza, las cuales trabajan fundamentalmente en el inconsciente. El psicoanálisis y las psicoterapias de orientación psicoanalítica, caen en esta segunda categoría.

Soy de los que piensan que todo psicoterapeuta, sea este analista o noanalista, necesita y se beneficia de conocer las propuestas básicas del psicoanálisis. Creo que es necesario, para ejercer la psicoterapia sin enfermarse, disponer de un cierto conocimiento de la teoría del funcionamiento mental y de la teoría de la técnica. Hoy en día podemos decir con tranquilidad, que el psicoterapeuta también necesita haberse sometido a algún tipo de psicoterapia personal. Es conocido por todos que entre los requerimientos usuales en el entrenamiento de psicoterapeutas se encuentra la siguiente exigencia: es indispensable que el futuro psicoterapeuta conozca tanto como sea posible los aspectos inconscientes de su propia vida mental. Esto lo logra a través de su propio tratamiento psicoterapéutico. Así en su trabajo, el futuro psicoterapeuta, estará dentro de lo posible, libre de prejuicios, de áreas ciegas y de necesidades neuróticas inconscientes. Además podrá tener mayor claridad y capacidad de discriminación en sus propios momentos regresivos.

El diálogo que se establece en el segundo tipo de psicoterapias (las de orientación psicoanalítica) es un diálogo muy especial. No es el diálogo del profesor universitario o el diálogo del médico o del psicólogo que ofrecen a su interlocutor un saber cierto y seguro. Ellos pueden decirle al interlocutor sufriente lo que a éste le pasa y además lo que le puede aliviar. Tampoco se refiere al diálogo del sacerdote quien ofrece una ayuda basada en la moral religiosa, donde los consejos y observaciones del sacerdote (que están basadas en un preciso código de conducta) alivian a través de una alianza con la moralidad y el Super Yo del sufriente. Tampoco me refiero al diálogo del amigo, quien en el mejor de los casos escucha atentamente y aconseja, ubicándose en los zapatos del otro. Sabemos que es inevitable que el amigo se identifique con su amigo. Y es desde esa identificación, que dará sus consejos. Tampoco me refiero al diálogo del profesional de salud mental, que realiza entrevistas estructuradas, o sesiones de consejo y orientación, ambas basadas en el conocimiento previo universitario que tiene el entrevistador, quien cree poseer un saber sobre el todo y desde allí le da, con toda la buena fe del caso, sus mejores recomendaciones y consejos. El diálogo al cual me voy a referir es el diálogo psicoanalítico.

El diálogo psicoanalítico:

Este es un diálogo especial, en el cual el que hace las veces del analista, ocupa un lugar y una posición muy particular. Este diálogo psicoanalítico puede llegar a producir algo que los medicamentos no pueden ofrecer, ni tampoco lo ofrecen las ayudas espirituales y esotéricas, ni las terapias de orientación y consejo. Me refiero a que el diálogo psicoanalítico, permite que aparezca en el lugar del otro, un conocimiento nuevo sobre sí-mismo. Un

conocimiento que no tenía antes. Afirmo que, con este diálogo tan especial, el paciente puede aprender (descubrir) algo sobre las causas de su sufrimiento y las alternativas para su cura. Descubre las crueldades de su moral y la naturaleza de su sexualidad. Aprende a descubrir los misteriosos orígenes de su naturaleza basados en su existencia temprana.

Este tipo de diálogo fue introducido a comienzos de este siglo por Sigmund Freud y él lo llamó Psicoanálisis. A lo largo del siglo, han aparecido muchas otras formas de ayuda al sufriente, basadas en este tipo de diálogo psicoanalítico. Estas variaciones del psicoanálisis clásico aparecieron como una alternativa para hacer más efectivo y breve el procedimiento analítico y hacerlo más accesible a una enorme masa de personas necesitadas de ayuda. Sin embargo todo diálogo que surge de cualquier sujeto que ocupe el lugar y la posición analítica, es un diálogo psicoanalítico. No importa si el sufriente está sentado, parado o acostado. No importa si la frecuencia es de una, dos, tres, cuatro o más veces por semana. Si el sujeto entrevistador ocupa verdaderamente el lugar y la posición analítica, ese diálogo es psicoanalítico independientemente de quien lo ponga en acto.

La especificidad del acto analítico

Como ven, en esta declaración sostengo que la especificidad del psicoanálisis no la define, ni la garantiza, el encuadre analítico, ni el diploma por sí mismo. Más bien la define el lugar y la posición que ocupa el sujeto entrevistador.

Lugar del analista:

El lugar del analista es el de la escucha privilegiada, donde el analista es colocado según sea la dinámica de la transferencia. Es el lugar del semblante o si se quiere el lugar de la pequeña (a). Toda sesión psicoanalítica transcurre

bajo los efectos de la transferencia. No puede ser de otra manera. El analista va a ocupar diversos lugares durante el desarrollo del proceso analítico. Ocupará el lugar que la estructura de la transferencia le asigne. El analista no se coloca, es colocado según la historia infantil del analizando. Esta transferencia va a permitir revelar elementos inconscientes inéditos de la historia infantil del analizando revividos en transferencia. Se trata de elementos vivenciales que van a complementar lo hablado por el paciente utilizando su capacidad de memoria. El analista en receptividad emocional puede recibir todas esas identificaciones proyectivas del analizando para hacer con ellas continencia y reverie. A la vez el analista tiene que estar ante los recuerdos encubridores, los engaños amnésicos y la violencia de la memoria. El analista podrá señalar, interrogar o interpretar la transferencia en los momentos cruciales del proceso analítico.

El peso de la transferencia:

Quiero aclarar que, aun cuando toda sesión ocurre bajo los efectos de la transferencia, esto no quiere decir que es necesario u obligatorio interpretar la transferencia en cada sesión. El abuso de la interpretación transferencial corre el riesgo de banalizar la transferencia. Por lo tanto soy de la opinión de que ésta sólo debe ser interpretada cuando hay presencia de angustia transferencial o resistencia. Esta transferencia construida con los objetos de identificación tempranos del analizando, se va a desplegar en el eje narcisista. Es oportuno mencionar que esta tarea asumida por el analista, de soportar analíticamente el peso de la transferencia, no es tarea fácil. Soportar el sentimiento de ser amado u odiado, como señuelo de objetos del pasado, manteniendo su deseo y su vida personal fuera de este proceso analítico, diez horas diarias, no es tarea fácil. De nuevo el imperativo de análisis profundo y amplio para el analista, queda confirmado y a la vista. Sin esa preparación no es posible recibir y soportar la transferencia sin enfermarse.

Posición del analista:

Cuando el analista decide intervenir con su palabra, lo hará desde una cierta posición. ¿Cuál es esa posición del analista? Es aquella en la cual el analista, al pronunciar su palabra o su silencio, lo hace desde la posición del sujeto castrado, vaciado de verdad-toda.

La demanda del analizando:

Cada vez que el analista habla, el analizando espera que éste lo haga con toda su sabiduría. El analizando cree que la palabra del analista le ofrece finalmente la verdad revelada y por esta vía encontrará la felicidad. El analista es así, depositario en transferencia de todo el saber y del amor que el analizando espera recibir. El analista lo sorprende y lo frustra al no satisfacer la demanda, ni darle esa verdad revelada. Más bien interviene puntuando, cuestionando, interpretando y llevándolo a trabajar analíticamente en la búsqueda de su verdad. De esa verdad perdida, que siempre encontrará sólo a medias. La ironía está en que esta verdad siempre se encuentra en el mismo lugar del analizando y no en el lugar del analista. Por eso el analista, aun cuando interpreta, está interrogando al inconsciente del analizando. El analista tiene que intervenir desde la posición del no-saber, porque el saber está en el otro. Ocupar esta posición analítica tampoco es tarea fácil, ya que el analista tiene un problema inevitable, inherente a su oficio y es, que sabe demasiado. La experiencia de los años de práctica le enseña mucho sobre sí mismo y sobre la condición humana. El saber demasiado es el peor peso. ¿Por qué? Porque lo que más ayuda al analizando es que el analista ocupe su posición analítica de no-saber y desde allí interrogue al analizando. Así el saber, acumulado por la experiencia de los años, se va a convertir para el analista, en un obstáculo de presencia diaria en el ejercicio de su oficio.

¿Por qué es tan difícil mantener el diálogo analítico?

El diálogo analítico exige de ambos participantes unas ciertas condiciones. Del paciente exige una tolerancia a no recibir una respuesta suficiente y completa a su demanda de alivio.

Por parte del analizando se requiere: una cierta tolerancia a la frustración. Del analista, se va a exigir que ocupe su lugar y su posición en el proceso analítico. Cuando surge una demanda de análisis por la presencia del sufrimiento psíquico o de algún síntoma, el paciente que aún no deviene analizando, hace un llamado al otro al que le supone un saber. Hace un llamado al saber en otro. El paciente le otorga al analista un saber y con esto un poder. Este lugar otorgado proyectivamente por el paciente es un lugar sin falta, donde el analista es concebido como un ser completo y como un sabio. En términos psicoanalíticos, decimos siguiendo la teoría de la castración, que se trata de un analista no-castrado, poseedor de toda la verdad. Se espera de él que ocupe su lugar del saber, que sostenga silenciosamente con su escucha atenta, el discurso del paciente que podría convertirse en un analizando.

Cuando el paciente disminuye su simple queja y deseo de recibir pasivamente un alivio y comienza a interrogarse sobre su sufrimiento ha instalado el síntoma en el proceso, decimos que ha pasado de paciente a analizando. Ha pasado del síntoma clínico al síntoma analítico. Ha pasado de lo fenomenológico descriptivo, al trabajo de la incógnita. Ha pasado de hablar a asociar. Por esta vía es capaz de indagar en su interioridad buscando su verdad.

El analizando va a realizar así un trabajo analítico, que consiste en tratar de descubrir sus verdades inasibles siempre en fuga y su deseo extraviado. Por parte del analista se requiere: que ocupe su lugar y su posición en el proceso analítico. Por otra parte el analista le va a sostener la búsqueda al analizando, al evitar hacer intervenciones o interpretaciones que le obturen o taponen su falta, o si se quiere su incompletud. No le da respuestas finales a ninguno de los puntos de su búsqueda. Sin embargo este camino de la dupla psicoanalítica

está lleno de obstáculos, ya sea en el campo del analizando a través de las resistencias o en el campo del analista por diversas vías.

Sólo así podrá ofrecer lo más importante. Me refiero a (1) La confidencialidad absoluta. Pilar fundamental sobre el cual descansa el acto analítico. (2) No hacer juicios de valor (morales). Muchas veces el análisis es considerado amoral por esta razón. (3) Ejercer una ética psicoanalítica, que consiste en la búsqueda de la verdad perdida, siempre inconsciente.

El horror del acto:

Si el acto analítico puede traer a la conciencia los acontecimientos del pasado del analizando, que están sometidos a la represión y la amnesia por el efecto de la angustia, no debe sorprendernos que este acto pueda adquirir un carácter de horror. Jaques Lacan decía, en su carta a los italianos, que el analista tiene horror de su acto, hasta el punto que lo reniega. Las revelaciones del inconsciente producen angustia, de allí que muchas veces se renieguen y regresen de nuevo a su estado inconsciente. El analista debe estar preparado para soportar ese estado de angustia en sí mismo. Preparado para soportar el horror de su acto. Sólo entonces podrá sostener la revelación sugerida en el contenido latente del material emergente. Podrá hacer el trabajo de función alfa propuesto por Bion o podrá hacer el trabajo de reverie, descrito igualmente por Bion y que tantas veces mencionara Winnicott. El analista podrá entonces sostener y soportar su horror, ante la presencia velada y sugerida en el material latente del deseo matricida, parricida, filicida, suicida, incestuoso, perverso, envidioso, malvado, homicida, intrigante y deshonesto del analizando. Es decir, cosas del hombre común que el analista podrá soportar porque lo ha revisado en sí mismo. Su trabajo es ayudar al analizando a conocer la naturaleza de su propio deseo, el origen y el propósito de ellos. Y no a veladamente censurarlo o aplaudirlo, sino a permitir que tome consciencia de su deseo. El trabajo del analista no está en adaptar el sujeto a la sociedad, sino en ayudarlo a ser lo que en verdad es. A actuar en conformidad con su deseo.

La demanda del analizando es una demanda de bienestar y felicidad. El analizando una vez que va demostrando sus diversos síntomas y surgiendo la conciencia de su ser, se da cuenta de que no es posible vivir en este mundo sin un cierto monto de sufrimiento, es decir de goce (en el sentido absoluto). Se que pronunciar todo este enunciado y decir lo que estoy diciendo, produce desde ya un efecto de horror. A veces todos estos deseos individuales, no se soportan y se hace necesario disimularlos. Colocarles un disfraz, una apariencia imaginaria, un ropaje que nos permita ocultar su horror.

Los límites del acto:

El acto analítico tiene sus límites. ¿Cuál es el límite del acto? El límite está dado por la profundidad del análisis personal de cada analista. Lo que el analista no haya revisado en su análisis, no podrá trabajarlo con su analizando. El analista no podrá soportar el horror de lo que no ha explorado y no conoce en sí mismo. El paciente le sugerirá en su contenido manifiesto, algo que el analista no podrá detectar. No verá el horror de lo que está en su contenido latente. El deseo del analista, que será lo que finalmente lo lleve al nivel de profundidad de su propio análisis, tiene así sus límites singulares y localizables. Jaques Lacan decía que el psicoanalista trabaja primero usando como referencia su síntoma y luego su fantasma. Allí está la medida de su práctica y los límites de su acto.

Lo insostenible del acto:

El acto analítico en sí mismo, el acto analítico puro, es aquel en el cual el analista ocupa su lugar de analista (lugar de semblante y depositario de la transferencia) y habla desde la posición que le corresponde como analista (posición de no-saber, posición de sujeto castrado). Desde allí va diariamente, a lo largo del proceso del análisis, a interrogar insistentemente por vía del equívoco o de la interpretación abierta, al inconsciente del analizando. Para que este proceso continúe en el tiempo se requiere de un analizando que

soporte la soledad y la angustia de su análisis. Y de un analista que soporte el horror de su acto. El estilo de cada analista ofrecerá un sentido del *momento oportuno* para intervenir e interpretar. Y un buen sentido para decidir qué cosas del material emergente ignorar y dejar pasar, para ser trabajadas luego analíticamente cuando emerjan de nuevo en otra oportunidad. Melanie Klein decía que todo aquello que produce angustia en el analizando puede ser interpretado directamente. Sigmund Freud decía que si el paciente no está preparado para asimilar y entender nuestra interpretación, sencillamente la va a ignorar como si no la hubiera escuchado. Por esta vía del momento oportuno, el análisis se hace tolerable para ambos. Sin embargo, a lo largo del proceso analítico, la preocupación (angustia) del analista por el bienestar de su paciente lo lleva a realizar otro tipo de actos dentro de la sesión analítica que no corresponde con el acto analítico puro. Aquí me refiero a la aparición del acto pedagógico y del acto ortopédico dentro del proceso analítico.

El acto pedagógico:

El acto pedagógico es aquel acto en el cual, él procede a través de la palabra, a informar y educar al analizante en relación a algún tema de urgencia. Generalmente es un tema que pone en peligro la salud, la vida, o el patrimonio del analizando o de su familia. Podríamos decir que el analista pasa a aconsejar sobre un punto preciso de la vida del analizante. Asuntos de urgencia, como peligros de embarazo no deseado, negación de problemas graves de salud, presencia de tumores o descuidos graves de higiene, que ponen en peligro la vida. A veces situaciones obvias de engaño que amenazan el patrimonio personal o familiar y que han sido negadas o ignoradas por deseos de castigos inconscientes del analizando. El analista podría señalar el mecanismo de la negación y sus consecuencias disimulando un poco el acto pedagógico o puede directamente salirse del lugar del analista y expresar su preocupación por tal o cual peligro, en el cual el analista cree se encuentra el analizando. Esto ocurre rara vez, pero ocurre. En estos casos el analista legítimamente se sale de su lugar analítico para reinstalarse luego de pasado el peligro.

Acto ortopédico:

El acto ortopédico es aquel acto en el cual el analista, utilizando el enorme poder otorgado por el analizante en la transferencia, procede a sostener, ordenar o prohibir algo en particular que es vital o importante para el analizante. Lo más común es actuar de sostén del sujeto en momentos en el que el analizante cree que se está desmoronando o colapsando su psique. Este sostén, especie de bastón o muleta, es lo que le da el nombre de ortopédico a este tipo de acto. Lo encontramos con más frecuencia en las estructuras narcisistas de personalidad que se apegan al objeto de amor y al analista. Estos sujetos, ante la experiencia de separación (pérdida de objeto) se colapsan. En el período de separación por vacaciones surgen ansiedades intensas que se alivian si el analista les afirma que pueden tolerar la separación, ofreciendo así un elemento de sostén en la psique del analizando. La voz del analista (ortopedia por identificación) les acompaña y les dice que podrán tolerar la separación hasta el día tal, en que se van a reencontrar. A veces oír la voz del analista en la contestadora automática telefónica es suficiente para hacer un efecto ortopédico. En otras oportunidades fóbicas la voz del analista que les dice que pueden montarse y viajar en el avión, o que les dice que pueden presentar el examen que tanto temen y que se van a tranquilizar una vez que estén en él, produce un efecto de sostén muy beneficioso para el analizando.

De nuevo repito que esto no es un acto analítico, sin embargo a lo largo del proceso, trabajando con personalidades narcisistas o sujetos muy perturbados, es necesario recurrir legítimamente a este acto ortopédico, para luego retomar la posición y el lugar analítico cuando el proceso lo permita. Generalmente son momentos en una sesión, muy rara vez en varias sesiones. El poder otorgado en transferencia sostiene la posibilidad de prohibir cosas al analizando con éxito. Me refiero a los momentos suicidas y/o homicidas del proceso. Los indicadores inconscientes muestran el peligro suicida u homicida. El analista no los puede ignorar. Los señala y por esta vía hacen presencia en la sesión. Se les abre así un espacio en el análisis; generalmente estos deseos pueden contenerse dentro del diálogo analítico sin necesidad de ortopedia alguna. En

caso de que el empuje al acto sea muy grande, el analista puede utilizar el poder transferencial para prohibir el pasaje al acto. La voz del analista tiene un poder que es muy útil con este tipo de pacientes narcisistas que operan bajo el principio maniqueo del todo o nada. Son sujetos incontinentes o poco reflexivos que pueden pasar al acto con facilidad.

Analista en acto:

Existen momentos durante el proceso analítico en los cuales el analista puede pasar al acto o hacer acting out. El acting out refiere a un acto sin sujeto. Un acto realizado para aliviar la angustia, sin tomar consciencia del conflicto inconsciente. ¿Ahora, cómo es posible que el analista pueda hacer un acting out en sesión? La verdad es que esto es perfectamente posible. No sólo eso, sino también puede hacer un síntoma somático dentro de la sesión ¿Cómo explicar este horror? ¿Será debido a una insuficiencia de análisis en el analista? No necesariamente. Por más amplio que sea el análisis del analista, y aquí debemos recordar la naturaleza oceánica del inconsciente, existen muchos aspectos sobre todo en el eje narcisista, que no tienen acceso a la posibilidad del lenguaje. Esto explica por qué aparecen identificaciones proyectivas del analista que desencadenan problemas contratransferenciales. A esto Jaques Lacan prefiere llamarlo con mucha razón, transferencia del analista. Sin lugar legítimo en el proceso analítico. Igualmente el acting out intrasesión del analista, tampoco tiene lugar legítimo. Ni la conversación aguda, ni el síntoma somático del analista. Sin embargo ocurren. Propongo que muchas veces estas manifestaciones contratransferenciales (o transferencias del analista) no provienen de una insuficiencia del análisis del analista, sino de una sincronía y simetría con el conflicto reprimido del analista con su analizando. Es imposible pretender dejar la psique del analista, después de su análisis personal, como una tabula-rasa. Por lo tanto, es posible que eventualmente el analista se encuentre por razones de azar, en simetría con elementos inconscientes de algún analizando.

Analista en síntoma:

Por ejemplo, un analizando puede encontrar un analista en plenitud de capacidades y el siguiente analizando, una hora después, encuentra al mismo analista que ante cierto material inesperado fabrica una ataque de tos, una necesidad urgente de micción o una sensación fuerte de mareo o un dolor precordial. Se trata de un analizando en particular que le ha movilizado (al analista) aspectos no resueltos de su eje narcisista. Sus funciones analíticas se restituyen a plenitud con el analizante siguiente. Igualmente puede aparecer un acting out del analista. Como por ejemplo olvidarse de un analizando que lo está esperando en la sala de espera y dedicarse a hacer otra cosa. O cobrar dos veces el mismo mes. U olvidarse de cobrar. Rehusarse irracionalmente a cambios de hora. Molestarse por el material emergente o por conductas particulares del analizando. Desarrollar alguna actividad de seducción erótica con el analizando. O quedarse dormido en sesión. En algunos casos estos actos pueden explicarse por una insuficiencia de análisis, o una crisis personal en la vida del analista. En otros casos se trata de una simetría con lo reprimido del analizando que ha despertado ese particular efecto en el analista con su correspondiente acting out. Este acto llevará al analista a un reexamen de esos elementos de su psique y eventualmente a un mejor conocimiento de sí mismo, en un proceso que no se detiene nunca. Así el analista no se puede escapar de los efectos de aprendizaje y desarrollo personal que sus analizantes hacen en él.

Epílogo

Cualquier diálogo basado en el diálogo psicoanalítico produce conocimiento duradero de sí mismo. No un conocimiento artificial, intelectual, basado en lo aprendido en los libros, sino un conocimiento de sí mismo, basado en la introspección y en la búsqueda de la verdad interior. Esta búsqueda sólo es posible en la presencia de un interlocutor que sepa ocupar

Rómulo Lander

su lugar y su posición en ese diálogo. Así pues, el diálogo psicoterapéutico de tipo psicoanalítico tiene una necesaria e inevitable presencia en el futuro de las terapéuticas posibles en salud mental.

El juego imaginativo como un elemento auxiliar de la terapia¹

Erma Brenner y Paulina Kernberg²

Resumen

'Se presenta un programa de intervención que tiene como base el uso del juego libre, con la posibilidad de simular situaciones al interactuar con adultos, sin intención alguna de utilizar el juego como campo para la formulación de interpretaciones. Las autoras ofrecen una descripción del programa, mencionando sus componentes principales, a partir de la consideración de los aspectos evolutivos del juego. La utilidad terapéutica de este programa se analiza a través de cuatro viñetas clínicas; se resaltan sus posibilidades para el trabajo con niños que presentan perturbaciones psicológicas agudas y para el abordaje de situaciones críticas.

Abstract

The article outlines an intervention program based on the use of free play that has the ability of simulating situations when interacting with adults but which does not have the objective of using it as material for formulating interpretations. The authors report a description of the program and mention its main components based on the developmental aspects considered in play. The therapeutic utility of this program is analyzed through four clinical examples. A particular focus of interest is the possibility of using this program with children who present acute psychological disturbances and for dealing with critical situations.

¹El siguiente artículo fue enviado directamente por una de las autoras y corresponde a un papel de trabajo, previamente no publicado. Extendemos nuestros agradecimientos a la Profa. Teresa Machado por ayudar a establecer los contactos con la Dra. Kernberg.

² Erma Brenner es Magister en Educación, coordinadora del Programa Small House en el New York Hospital-Cornell Medical Center y Paulina Kernberg es Psiquiatra, Profesora Asociada de Psiquiatría del Cornell University Medical College en Nueva York y Directora del Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, división de Westchester.

La terapia de juego es una modalidad de intervención bien conocida y utilizada con amplitud desde su introducción por Hug-Hellmuth (1921) y Klein (1952). En este contexto, el juego sirve con frecuencia como un medio donde se formulan interpretaciones. En el programa que se describirá a continuación, el juego se utiliza de forma diferente, pues no se procura interpretar los conflictos o problemas del niño, sino que la actividad lúdica se fomenta en sí misma, dentro del marco de la interacción con un adulto. Los profesionales en el área de la salud mental infantil y los voluntarios a cargo del programa de juegos evitan de forma explícita actividades que sean identificadas como terapéuticas, desde la perspectiva de los sujetos. No obstante, el programa ha demostrado ser una herramienta valiosa para modificar de manera positiva la conducta de niños muy perturbados.

Revisión de la literatura pertinente

La consideración de los aspectos evolutivos del juego puede servir como un marco general para presentar el programa La Casa Pequeña (Small House) (Blum, 1985). El juego y la fantasía, así como el lenguaje, pueden concebirse como actividades interpuestas entre el impulso y la acción (Fein, 1979, b), por lo que permiten demoras y transformaciones con respecto a las gratificaciones instintivas. La simbolización a través del juego permite la representación de fantasías ligadas a la gratificación de deseos, al logro de soluciones de compromiso, y a gratificaciones desplazadas, que terminan por alcanzarse sólo de una manera simbólica segura. En la fantasía el niño puede manejar de forma activa aquello que se experimentó alguna vez pasivamente; por ejemplo, puede representar con una muñeca una visita dolorosa al médico. El manejo de tópicos conflictivos es posible a través de representaciones en el juego. Esta actividad permite el ejercicio de funciones defensivas, por ejemplo al prevenir la expresión directa de agresión hacia otras personas, a través de transformaciones en la fantasía y la representación con muñecos, o por medio de juegos de simulación con otros niños. De esta manera pueden protegerse las relaciones con los padres o con los cuidadores. Así mismo, es posible evitar afectos abrumadores a través de la simbolización en el juego y la fantasía, con lo cual se logra su modulación. Para todas estas funciones es esencial la capacidad para formar símbolos (Brethenton, 1984; Drucker, 1975; Fein, 1979 a; Fein, 1981). El juego de simulaciones permite probar conductas y ensayar roles, lo cual es importante para el aprendizaje social. En la medida que el niño va desde el simple acto de enunciar un rol, hasta la representación del mismo, se fortalecen las identificaciones y se comprenden mejor los papeles que asumen los otros. El juego social requiere la capacidad de comprender los sentimientos y conductas de los demás, y ofrece un ámbito para probar y refinar estas habilidades sociales, tanto dentro de la propia situación de representación dramática de roles, como en las interacciones reales con los pares (Griffin, 1984). Tanto el juego individual como el juego con otros potencia el funcionamiento cognitivo, al mejorar la capacidad para posponer, anticipar y jugar (Golomb, 1977).

Por su parte, Piaget (1962) enfatiza la cualidad asimilativa del juego simbólico. Es indispensable para su equilibrio afectivo e intelectual que (el niño) tenga disponible un área de actividad cuya motivación no sea la adaptación a la realidad, sino, al contrario, la asimilación de la realidad al sí mismo, sin coerciones ni sanciones. Además, Piaget describe la aparición de conflictos dentro del juego simbólico; por ejemplo, la niña que acaba de ser disciplinada, regaña a su muñeca. De manera similar, si el niño ha sido asustado por un perro, en el juego simbólico las cosas serán dispuestas de manera que los perros ya no serán malos u otros niños se pondrán bravos. En este sentido, el autor concibe el juego como una forma de tratar con afectos displacenteros y con los conflictos, aspecto en el cual coincide con Freud. Por otra parte, al estar ausente de su perspectiva el concepto de represión del vínculo entre el símbolo y el referente, es importante aclarar que Piaget no se está refiriendo a símbolos, en el sentido psicoanalítico, una acepción que es especialmente relevante al considerar las defensas.

Encuadre

El Hospital Día de Niños³ se compone de una población de venticinco niños en edad escolar (5-13 años). Las referencias provienen primariamente de las escuelas del condado de Westchester. Los motivos para ello se asocian con la incapacidad de los niños para ajustarse a las rutinas escolares, aun cuando estén en programas de clases especiales. Los diagnósticos van desde trastorno por déficit de atención, todas las formas de trastornos de conducta, socializado y no socializado, hasta mutismo selectivo, depresión infantil y trastorno borderline. Todos estos niños asisten a una escuela dentro del hospital, que se maneja y administra a través del sistema de escuelas del condado. No hay más de cinco niños por aula, y cada clase posee un maestro y uno o más tutores especiales. El Hospital Día tiene un equipo de psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiátricas y estudiantes de trabajo social, así como profesionales de esta área. A los niños se les brinda psicoterapia individual, como sucede con todos los pacientes del hospital. Existe un amplio programa administrado por profesionales, que incluye encuentros comunitarios, terapia de grupos, actividades variadas como música y deportes, viajes y días de campamento en verano.

Desde el año 1981 el programa La Casa Pequeña, manejado por personal voluntario, incluye como rasgo distintivo el ofrecer lo necesario para que los niños puedan desarrollar juegos imaginativos. Esto representa un componente de la experiencia evolutiva que la mayoría de los niños en el entorno cultural estadounidense disfruta con normalidad; lamentablemente se observó que está ausente en el contexto del hogar de estos pacientes.

Para este fin se dispuso un salón especial, llamado La Casa Pequeña. La puerta se pintó para que pareciera la puerta de una casa, con un jardín y una cerca de madera, y en una de las paredes internas se pintó una ventana con una vista de una escena rural. El cuarto se amuebló con una cantidad de juguetes, muñecos, y otros objetos diseñados para promover que los niños se involucren en juegos imaginativos y creativos.

³ The New York Hospital-Comell Medical Center, Westchester Division.

Personal

Bajo la dirección profesional de una de los autoras (Brenner) se constituyó un personal de voluntarios, con la ayuda del departamento de voluntarios del hospital. Algunos habían tenido experiencia profesional como educadores, otros eran estudiantes de universidades cercanas que estaban haciendo trabajo de campo electivo, y algunos más no tenían experiencia profesional en el trabajo con niños. Todos disfrutaban del juego imaginativo. Este equipo fue capaz de implementar exitosamente el programa, luego de una semana o dos de observación e instrucción didáctica.

Programa

El programa La Casa Pequeña es completamente electivo. A cada niño se le ofrece la oportunidad de jugar en La Casa Pequeña por un período de cuarenta minutos a la semana. El horario de visitas se distribuye al personal de enseñanza y forma parte del horario de clases de los niños. Al inicio se admitía un niño a la vez. Posteriormente dos, y hoy día ocasionalmente hasta tres niños pueden acomodarse en el salón al mismo tiempo. Este aspecto del programa depende del tamaño del salón y del personal disponible. Cada niño tiene uno o más adultos a su disposición para jugar. En la primera visita se le muestra el salón al niño y se le dice que se sienta libre de jugar con cualquier cosa que esté en él.

Una parte esencial de la disposición del salón es que todos los juguetes se mantienen en el mismo lugar cada vez que se ordena el espacio, en el período entre las visitas de los niños. De esta forma, el arreglo físico del cuarto se hace familiar con rapidez, y el niño puede ir de inmediato, y cuando le plazca, hacia la mesa de agua, la cocina de juguete, hacia el sombrero de bombero, los títeres, la ropa para vestirse, las muñecas, hacia los tacos para construir, las pinturas y creyones, o, si lo desea, tan sólo a la mecedora. Siempre hay al menos un adulto listo para participar como espectador o como parte de

los personajes que el niño dispone en su juego. Si se requiere, los miembros del equipo están en la libertad de sugerir a cada niño alguna actividad que según su impresión éste podría disfrutar. Como es de esperar, la familiaridad con los niños facilita esta labor. El fin es crear una atmósfera lo más libre de tensión que sea posible, un ambiente cuyas características psicológicas son impuestas por las necesidades y deseos de los propios niños en cada momento. El personal nunca pregunta al niño acerca del significado de un juego, acerca de su relación con lo que ha estado pasando en la vida del niño fuera o dentro de la escuela, o acerca de las razones de lo que está haciendo. Y sobre todo no se ofrecen interpretaciones sobre el contenido del juego.

Todo esto no significa que el personal sea ignorante o indolente frente a los eventos de la vida de los niños. Al contrario, cada miembro del equipo toma notas de las sesiones de juego, las cuales forman parte de los registros del hospital. Este personal participa de las reuniones de equipo y contribuye con información valiosa basada en sus observaciones. Sin embargo, el punto central es simple: el tiempo que se ocupa en La Casa Pequeña es un tiempo de juego *para el niño*. Aun si el niño juega a ser puesto en un ataúd y enterrado, y el miembro del equipo sabe que hace poco murió un pariente, no se formula la conexión.

Existen unas pocas normas de conducta para los niños en La Casa Pequeña. A cada uno se le dice al comienzo que las cosas no son para tirarse, que no se dirán groserías ni se gritará, y que no se golpeará. Se alienta al niño para que se comporte de manera aceptable de acuerdo a su entorno típico. La aplicación de las reglas está regida por consideraciones ligadas al sentido común, aplicado de una forma benévola. Cuando esto se lleva a cabo, no surgen problemas disciplinarios graves. También se desaprueba la conducta sexual explícita entre los niños, pero no se evita que dramaticen en el juego escenas sexuales o partos, con los muñecos o con los títeres. En este sentido debe recordarse que algunos de los integrantes de esta población han sido expuestos a escenas de violencia y a encuentros sexuales en su casa o en hogares sustitutos.

Intervención en crisis y La Casa Pequeña

Este programa no se diseñó con fines terapéuticos. La intención original fue promover tanto la maduración como el desarrollo cognitivo, de manera similar a como se espera que funcione cualquier programa de enriquecimiento curricular. Sin embargo, en el curso de su implementación a partir del fin original, fue evidente que también era útil de una manera directamente terapéutica. Puede modificar de forma beneficiosa la conducta de un niño que, por cualquier razón, aparezca temporalmente tan perturbado que no sea capaz de ajustarse de forma satisfactoria al encuadre educativo que ofrece la escuela. En tal situación de crisis conductual, la oportunidad de involucrarse en las actividades que provee La Casa Pequeña ha tenido como resultado, en la mayoría de los casos, una modificación conductual positiva que permite el regreso al salón de clases y a las actividades escolares. Cuando un niño se muestra tan perturbado como para no poder permanecer obteniendo beneficios en la clase, el maestro le ofrece la oportunidad de ir a La Casa Pequeña. Ningún niño es enviado a la fuerza, pero si accede a ir, se altera el programa de La Casa Pequeña para darle un lugar con prontitud. Uno o varios adultos reciben al niño, juegan con él de la manera usual, y lo regresan al salón de clases si, luego de un período de tiempo, parece que el niño puede hacerlo provechosamente.

El motivo para referir en el marco de estas situaciones de emergencia puede ser o bien una conducta difícil de controlar, como hiperactividad o rabietas, o, al contrario, aislamiento y falta de respuesta. Cualquier tipo de conducta puede desaparecer luego de un breve período en La Casa Pequeña. El programa ha probado su utilidad una y otra vez como un método para tratar constructivamente con disrupciones temporales de la conducta en niños con problemas emocionales, quienes constituyen la población del Hospital Día. Evidencia para esto se halla en la disposición de los maestros para servirse del programa cuando surgen las crisis, así como en la inclinación de los niños a desplazarse a La Casa Pequeña en estos mismos momentos de crisis.

Viñetas ilustrativas

Viñeta 1: este ejemplo ilustra el valor del juego en La Casa Pequeña para manejar un niño perturbado de forma aguda. A. es una niña de ocho años cuya maestra la envía a La Casa Pequeña porque se mostraba temporalmente peleona e hiperactiva, lo suficiente como para no poder permanecer en clases. Cuando llegó a La Casa Pequeña empezó a jugar primero con una muñeca de una forma muy callada y sumisa. Luego de unos pocos minutos tuvo una explosión de rabia y tiró la muñeca al piso. Se le dieron algunos juguetes irrompibles y se le dijo que también podía tirarlos al piso, si lo deseaba. Ella lo hizo, gritando mientras tanto que *todas las mamás estaban muertas, que ningún niño sería alimentado*, y otras amenazas terribles parecidas. El adulto no fue invitado a participar en este *juego*, de manera que simplemente se sentó con tranquilidad mientras terminaba. Cuando A. se calmó, reasumió el juego afectuoso con una muñeca, durante los minutos restantes antes de salir de La Casa Pequeña. Al regresar a la clase fue capaz de retomar su trabajo escolar al nivel usual.

Las siguientes viñetas ilustrarán las actitudes no inquisitivas y no invasivas de los adultos en La Casa Pequeña.

Viñeta 2: B., un brillante muchacho de doce años, utilizó su tiempo regular en La Casa Pequeña durante tres semanas consecutivas para construir con los bloques disponibles una caja donde él yacía. Señaló que la caja era un ataúd, y enfatizó que era muy cómodo y agradable. No se le hizo ninguna pregunta, ni se le formuló ninguna interpretación, aunque el adulto sabía que B. había estado en el funeral de un familiar el domingo anterior a la primera vez que hizo este *juego*. Después de tres semanas cesó el *juego*. Parece probable que el hecho de que B. jugara con libertad como lo hizo en La Casa Pequeña, lo ayudó a tolerar la ansiedad que generó el funeral, lo suficiente como para que no se alterara tanto de manera que se hiciera inmanejable en la escuela o en la casa.

Viñeta 3: T. era una niña de seis años quien vivía con su madre, una prostituta y consumidora de drogas. A menudo T. era testigo de conductas sexuales adultas. Incluso es posible que hayan involucrado a la niña en estas conductas. Cuando fue por primera vez a La Casa Pequeña jugó con títeres, como lo hacen los niños con frecuencia. Los *juegos* eran con títeres llevando a cabo actos sexuales. El adulto ni preguntó ni interpretó. Actuó simplemente como espectador, o como alguien en una posición muy tangencial, igual como lo hubiese hecho si el *juego* no tuviera un contenido sexual explícito. Como en los casos previos, después de unas pocas semanas los juegos de la niña se ajustaron a su edad. Jugó con muñecas y otros juguetes en La Casa Pequeña, de la manera usual; se le permitió ser una niña de nuevo.

Viñeta 4: La viñeta final ilustra la técnica utilizada con aquellos niños que son abiertamente negativistas cuando van a La Casa Pequeña y se rehusan a jugar. Debe enfatizarse que aun cuando el niño rechace al adulto, éste no le da la espalda ni se aísla en alguna actividad adulta. R. era un niño de seis años quien entró a La Casa Pequeña muy molesto y dijo que no iba a jugar con nada, que no tenía deseos de jugar. Se fue hacia la ventana y se paró allí por diez minutos mirando al jardín. El adulto se sentó en una mesa cercana y leyó un libro apropiado para un niño de seis años. Cuando finalmente R. reparó en esta persona a través de un comentario descortés acerca del estúpido libro que estaba levendo, el adulto le preguntó a R., qué deseaba hacer. El niño pidió tener una fotografía tomada a él mismo (con una cámara Polaroid). Se hizo lo que pidió y se le invitó a crear una buena historia sobre sí mismo, en vez de la estúpida que estaba en el libro. R. lo hizo con gran entusiasmo, imaginándose a sí mismo en la historia como alguien muy inteligente y como el rey del mundo entero. Al momento de finalizar la sesión, R. regresó rápidamente a su clase y en sus manos llevaba la foto junto con el libro que contenía la historia que había creado y dictado al adulto. En esta viñeta también es necesario señalar la utilidad de la experiencia en La Casa Pequeña para promover el desarrollo cognitivo, ligado a las habilidades de lenguaje.

Discusión

El programa de juego imaginativo recién descrito es valioso en varios aspectos. Por un lado es un medio para introducir a niños, que habitualmente no poseen esta posibilidad, en el placer del juego centrado en la imaginación; es por cierto una posibilidad que en general los niños de la sociedad estadounidense poseen como parte integral de su desarrollo. Es un lugar donde la fantasía de simular posee un espacio, actual y psicológico, para el niño. Adicionalmente al hecho de abrir un área para la sublimación edificante, estimula en los niños un mejor funcionamiento cognitivo, de una forma bien conocida por los educadores en todos lo contextos. También ofrece a los investigadores la posibilidad de observar la relación entre el juego y el desarrollo cognitivo, como una oportunidad fácilmente disponible para la investigación. Finalmente, como ya se señaló, es un agregado para el armamento terapéutico, en aquellas situaciones cuando un niño se encuentra perturbado agudamente por distintas razones, lo cual no es de poco valor. Este aspecto terapéutico será el que se considerará aquí.

¿Cuáles son los factores responsables de la efectividad del programa La Casa Pequeña? Pareciera que varios factores operan de manera simultánea en muchos casos. Todos ellos pueden resumirse bajo la rúbrica general de la relación del niño con los contenidos del salón de juegos, lo cual incluye tanto a los adultos que administran el programa como a los contenidos y al ambiente mismo del salón.

Como se mencionó, el programa enfatiza la separación del área de juego del resto del ambiente en la escuela y el hospital, tanto desde el punto de vista físico como conceptual. Con la ayuda de un poco de pintura y otros materiales decorativos disponibles con facilidad, se logra que el salón luzca como una casa. Es un lugar a escala infantil, al cual se accede por una puerta principal y, una vez dentro, posee una vista a través de una ventana imaginaria, que representa una escena muy distinta de la realidad cotidiana del niño. La decoración da sustento a la ficción de que se trata de una *casa* especial, mágica, donde reina la fantasía de simular. De igual manera, la conducta de los adultos

en La Casa Pequeña apoya la misma idea, pero siempre manteniendo claro que el niño está en una casa ficticia y no en una real, y que el mundo verdadero está afuera, esperando al niño para que regrese a él cuando culmine el período allí. Jugar en una atmósfera sin estrés como ésta, con frecuencia ayuda a fortalecer el Yo del niño, tal como se observa en la situación actual de vida (al respecto ver viñeta 3).

El aspecto de la familiaridad, de sentirse en casa, también es una parte esencial del programa. Por esta razón es que los juguetes y otros materiales siempre están en el mismo lugar. Todos los niños conocen La Casa Pequeña y su contenido tan bien como a su propia habitación, aunque desafortunadamente muchos de los participantes en el programa no disponen de una. Sentirse en casa, lo cual incluye tanto a las personas en el cuarto como a los contenidos y su organización, es una precondición tan importante en cuanto a su valor terapéutico frente a situaciones de crisis, como su cualidad de ficción. Un indicio de cuán exitosos son los miembros del personal en este sentido, es lo infrecuente de los robos en La Casa Pequeña, aun cuando el hurto es una característica común en la mayoría de los niños en la población de pacientes.

Muchos de estos niños poseen un hogar que es restringido en cuanto a provisión de atención y cuidado, y más aún de amor. Con frecuencia los niños cambian de auspicios; además los adultos que les rodean a menudo son incapaces de relacionarse con ellos, debido a sus propias dificultades emocionales, o por padecer de intoxicaciones tras el uso de drogas. Es previsible que en niños tan deprivados, la atención exclusiva de un compañero de juegos adulto posea un efecto beneficioso. Se hace un gran esfuerzo para que cada niño se familiarice con todo el personal del programa, de manera que si alguno va a La Casa Pequeña porque es incapaz de permanecer en clases, no tenga que agregar a su situación el sentirse entre extraños. También debe recordarse que los niños en el programa, como todos los de su edad, requieren aprobación y tienden a identificarse con la conducta y los deseos de los adultos con quienes están vinculados positivamente. Al igual que las figuras parentales, el personal de La Casa Pequeña funciona como fuente de gratificación y como modelo de conducta.

Sin embargo, la naturaleza de la relación entre el niño y el adulto en al programa de La Casa Pequeña es algo especial. Debido a que es un lugar de ficción, el niño está en la posición de decidir qué hacer y cómo hacerlo, de dar las órdenes, de estar a cargo. Esto es cierto en dos aspectos. Primero, en relación a la elección de la actividad. Segundo, con respecto a la conducta, minuto a minuto, dentro de la situación de juego. Por ejemplo, si un niño quiere ganar jugando damas, puede derrotar al adulto todas las veces cambiando las reglas en la medida que se desarrolla el juego. Un niño siempre puede jugar a ser más grande, fuerte, inteligente, rico y más experimentado que el adulto, y éste último siempre lo acompañará en la pretensión de que este es realmente el caso, mientras dure la sesión de juegos. Para un niño que posea poco control sobre los padres y hermanos, como sucede en muchos de estos casos, no es poca gratificación el que se le aliente a simular que es omnipotente y omnisciente de la forma descrita. De hecho, este es uno de los aspectos del ambiente llamado La Casa Pequeña que justifica usar el término libre de estrés. Es un ambiente en el cual ningún adulto ejerce demandas sobre el niño durante el lapso que permanece allí, donde existen restricciones mínimas en cuanto a las actividades, y donde las ilusiones pueden ser satisfechas, aunque sea sólo una ficción y por un período limitado. Aunque es simulado y restringido temporalmente, parece que tal entorno es suficiente para marcar una diferencia entre el niño que se encuentra tan perturbado como para poder recibir la instrucción escolar, y aquel que puede ajustarse a la situación del salón de clases, al menos en un grado medianamente provechoso.

Una gran ventaja del programa La Casa Pequeña es su accesibilidad. Si el espacio es restringido, como a menudo ocurre, el programa se puede llevar a cabo en un cuarto de no más de 7 mts. x 4 mts. La decoración y el equipo es fácil de obtener y relativamente económico. El costo del programa descrito fue de unos 3500 \$. Recuérdese que atiende de venticinco a trenticinco niños, cinco días a la semana. Además puede manejarse con éxito sobre la base de personal voluntario, que puede ser seleccionado adecuadamente a partir de su habilidad para los juegos imaginativos y por el placer de hacerlo con niños. Los autores redactaron un resumen y produjeron dos videos; el primero es una

grabación introductoria de ventisiete minutos, y el segundo es una grabación dirigida a la enseñanza, de venticinco minutos de duración, que pretende ayudar a quienes desean establecer el programa.

En el caso descrito la población consiste en niños que acuden a un Hospital Día que posee una escuela. Pero también resultaría valioso para otros contextos, como por ejemplo un hospital residencial de niños, donde a menudo surgen problemas para manejar temporalmente a los pacientes, semejantes a los que se encaran en el presente programa. También puede utilizarse en escuelas que no se vinculan con ningún hospital residencial u Hospital Día y, en tal sentido, es importante mencionar que en la actualidad se está considerando su aplicación en varios sistemas escolares públicos, dentro del vecindario del instituto al cual pertenecen los autores.

Bibliografía

- Blum, E. (1985). Fantasy and play young children: critical aspects of ego function. (Unpublished manuscript).
- Bretherton, I. (1984). Symbolic Play The Developmental Psychology of Social Cognition. Academic Press, Inc.
- Brunner, J.S., Jolly A, Sylva K (1976). Play its Role in Development and Evolution. Peliguin Books.
- Drucker, J. (1975). *Toddler play. Psychoanalysis and Contemporary Science*, Vol. IV. New York, Macmillan.
- Fein, G.G. (1979 a). Play and the acquisition of symbols. *Current Topics in Early Childhood Education* 2.
- Fein, G.G. (1979 b). Echoes from the nursery: Piaget, Vygotsky, and the relationship between language and play. *New Directions in Child Development* 6, 1-14.

- Fein, G.G. (1981). Pretend play in childhood: an integrative review. *Child Development*, 52, 1095-1118.
- Golomb, Cy Cornelius, C.B. (1977). Symbolic play and its cognitive significance. *Developmental Psychology* 13, 246-252.
- Griffin, H. (1984). The coordination of meaning in the creation of a shared make-believe reality. En Bretherton, I. (Eds) *Symbolic Play The Developmental Psychology of Social Cognition*, Academic Press.
- Hug-Hellmuth, H. von (1921). On the technique of child analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 2, 287-305.
- Klein, M. (1952). Developments in Psychoanalysis. London, Hogarth Press.
- Piaget, J. (1962, original French edition 1946). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York, Norton.
- Peller, L.E. (1954). Libidinal phases, ego devleopment and play. *Psychoanalytic Study of the Child*, 9, 178-198.
- Sutton-Smith, B. (1967). The role of play in cognitive devleopment. *Young Children*, 6, 364-369.

La relevancia de Marx en la terapéutica del siglo XXI¹

Fred Newman y Lois Holzman²

Resumen

El siguiente trabajo presenta algunas ideas centrales del trabajo que vienen realizando un grupo de psicólogos estadounidenses representantes de la crítica postmoderna. Ambos autores son fundadores de lo que han liamado la Psicología Performativa. Especificamente se utilizan las ideas de Karl Marx y Lev Vygotsky para revisar las concepciones tradicionales del objetivo y el método de la psicoterapia, además de las concepciones de desarrollo y sí-mismo. Basado en estos autores se propone como unidad ontológica de la psicología, la actividad. Se sostiene que el método debe ser concebido como una práctica dialéctica donde la herramienta es indisociable del resultado. Así mismo propone como objetivo terapéutico, no ayudar a las personas con sus problemas sino más bien ayudar a grupos de personas a crear ambientes para recibir ayuda, así generando la posibilidad de construir comunidades estructuralmente distintas.

¹ Este artículo fue enviado directamente por los autores y no ha sido publicado anteriormente. Se agradece la colaboración de la Profa. Maritza Montero para la publicación de este artículo.

² Fred Newman es doctor en filosofía analítica (Universidad de Stanford, 1962), practica la psicoterapia desde 1970 y desde 1985 escribe y dirige obras de teatro, con un sentido terapéutico comunitario. Entre sus actividades destacan el haber fundado el "East Side Institute for Short Term Psychotherapy" y el conducir el "Castillo Theatre", lugar en el que se ponen en escena sus piezas teatrales.

Louis Holzman es Directora de Programas Educacionales en el "East Side Institute for Short Term Psychotherapy", ubicado en la ciudad de Nueva York. Entre sus publicaciones se encuentran "School for growth: radical alternatives to current educational models" y "The end of knowing: a new developmental way of learning" escrito junto a Fred Newman.

Abstract

The following paper presents some of the main ideas of the work carried out by a group of North American psychologists, representatives of postmodern psychology. Both authors are founders of what has been called Performing Psychology. Specifically, the ideas of Karl Marx and Lev Vygotsky have been used to revise the traditional conceptions of the goals and methods of psychotherapy and the conceptions of self and development. Based on the work of these authors, activity is proposed as the relevant ontological unit of psychology. Method is presented as a dialectical practice that simultaneously includes the tool and the result. Finally, the goal of therapy proposed is not to help people with their problems but to help groups of people to create environments for getting help thus making it possible to construct communities that are structurally transformed.

El reto al cual se enfrentan los terapeutas, y otros profesionales que prestan ayuda, es el de transformar la psicoterapia de tal manera que la terapéutica salga de la oficina e ingrese en el mundo. La terapéutica, para nosotros, es la actividad que consiste en seres humanos ayudándose mutuamente para crecer y desarrollarse. (Es excepcional la psicoterapia que tiene esta meta explícita; sin embargo, creemos que eso es lo verdaderamente efectivo en la psicoterapia, cuando funciona). Vemos a las nuevas terapias (narrativa, colaborativa, construccionista, etc.) yendo en esta dirección, en el sentido de que son intentos de transformar la psicología y la terapia, desde una aproximación diseñada para arreglar lo que está mal en nosotros, a una aproximación diseñada para apoyar la expresión de aquello que es positivo en nosotros (específicamente, la habilidad de rehacer nuestras vidas). Estas nuevas terapias cuestionan la creencia sostenida por mucho tiempo, de que el proceso de terapia tiene que ver con algún tipo de cirugía mental interna. En alguna medida se está comenzando a reconocer que el proceso de terapia tiene más bien que ver con el ayudar a las personas a ser más generosas, a transformarse, crecer, ser más abiertas a distintos ambientes, aprender a interrelacionarse y recrear nuestras condiciones más humanas.

Nuestro trabajo puede ser descrito como un esfuerzo para convertir la terapéutica en un estilo de vida. También describimos nuestro trabajo como la construcción de una comunidad y ambas ideas son inseparables para nosotros. En este camino quizás la mayor asistencia la hemos recibido de Karl Marx. La Terapéutica Social Performativa, el nombre que utilizamos para describir nuestra práctica dialéctica, sustentada en el marxismo, se originó en nuestra terapia grupal. Esta terapia también es la base de la comunidad de desarrollo continuamente emergente que hemos iniciado.

En años recientes, hemos escrito sobre el trabajo que realizamos en la comunidad que nosotros, junto con cientos de otras personas, hemos construido en los últimos veinticinco años (e.g. Holzman, 1999; Newman y Holzman, 1996; 1997). En el texto: "The End of Knowing" (1997), argumentamos que la unidad ontológica para la psicología en estos tiempos postmodernos es la actividad, que requiere de una metodología no-epistemológica (no-objetivista, no-cognitiva). Utilizamos el término actividad en su sentido marxista -actividad, revolucionaria, práctico-crítica (Marx, 1974, p. 121)- y no como una referencia general a la acción y/o agencia humana, como muchos psicólogos construccionistas y socio-culturales hacen. La actividad revolucionaria, prácticocrítica es una práctica humana que es totalmente auto-reflexiva, dialéctica, transformadora de la realidad y continuamente emergente. Es una práctica humana que elimina el estado actual de las cosas (Marx y Engels, 1974, p. 57) a través de la transformación continua de las prácticas de vida cotidianas en nuevas formas de vida. Esta concepción de la actividad como actividad revolucionaria es clave para comprender nuestro llamado a la terapéutica como una manera de vivir. La actividad revolucionaria no es un tipo de actividad; es una nueva metodología para un nuevo tipo de práctica política-psicológica: "Marx nos está animando a considerar la necesidad de una revolución de la actividad" (Newman, en prensa).

The End of Knowing, surge de nuestros esfuerzos para crear las condiciones dirigidas a una revolución de la actividad. Desde 1970 hemos creado y sostenido el edificio de una comunidad diversa y en expansión continua, de lo que ahora son miles de personas y una red interrelacionada

de proyectos culturales, psicológicos, educacionales y políticos que apoyan a las personas para transformar los medios existentes y las formas de relación que encuentran como opresivos, dolorosos y destructivos del espíritu humano en unos que satisfagan sus necesidades humanas. Hemos hecho esto sin *aplicar* ningún método, pero (de nuevo siguiendo a Marx) *practicando método* – una aproximación donde el método es inseparable del objeto a ser estudiado. Lev Vygotsky, el seguidor de Marx en esta área de la psicología, lo afirmó de la siguiente forma:

La búsqueda del método se convierte en uno de los problemas más importantes de la empresa de entender las maneras humanamente únicas de la actividad psicológica. En este caso, el método es simultáneamente un requisito previo y un producto, la herramienta y el resultado del estudio (Vygotsky, 1978, p. 65).

Vygotsky afirma que la actividad humana no puede estudiarse separada de la creación de las mismas herramientas con las que estudiarla. No puede ser estudiada instrumentalmente, es decir, aplicando un método existente o recién creado. No puede estudiarse epistemológicamente. El método es simultáneamente la herramienta y el resultado es una práctica dialéctica, no un nuevo método sino una nueva concepción de lo que es un método - método como la práctica de la dialéctica-. El método y el objeto son una unidad dialéctica, una totalidad. Creamos el término metodología de berramienta-yresultado para la práctica de Vygotsky (así como la nuestra) con el fin de poder distinguirla de la herramienta instrumental para la metodología de resultado que caracteriza a las ciencias sociales y naturales (Newman y Holzman, 1993). Nuestro edificio comunitario y los proyectos que lo componen -el Instituto East Side de Psicoterapia a Corto Plazo, el Centro de Terapia Social de East Side y los centros afiliados de otras ciudades, el Teatro Castillo, la Red Todos Estrellas del Espectáculo de Talento, la Escuela de Desarrollo para la Juventud, etc.,- son prácticas de esta metodología.

La capacidad humana de *performar*, es decir, ser simultáneamente quienes somos y quienes no somos, es central para nuestra práctica. Creemos

que el *performance* es la actividad revolucionaria a través de la cual los seres humanos crean sus vidas (desarrollo) –transformándola cualitativamente y reconfigurando de forma continua la unidad que representa *nosotros-y-nuestro ambiente*—. A lo largo de las últimas dos décadas hemos aprendido mucho sobre el *performance* a partir de una docena de proyectos que hemos creado con jóvenes y adultos. Nuestra práctica terapéutica, terapia social *performativa*, se basa en el poder del *performance* como una actividad revolucionaria. Creemos que la terapia que se centra en la palabra ayuda a las personas a crecer emocionalmente en la medida en que esa palabra es actuada o *performativa*; más específicamente, "algún tipo de desarrollo se sucede cuando representamos colectivamente no la obra de otra persona, sino de nuestro propio discurso con lo otros" (Newman, 1999, p. 130).

Es necesario hacer una acotación acerca del desarrollo, un término actualmente fuera de uso entre los psicólogos postmodernos y críticos como nosotros. Estamos de acuerdo con nuestros colegas que el desarrollo, como es definido y estudiado por la psicología tradicional, tiene pocas cosas constructivas que hacer con la vida humana; sin embargo (y afortunadamente), los seres humanos suelen involucrarse en actividades de desarrollo, es decir, aquellas que eliminan el estado actual de las cosas y transforman totalidades. Es este concepto de actividad de desarrollo el que queremos colocar en la vanguardia de cualquier práctica psicológica postmoderna.

Creemos que la terapia social performativa ha ayudado a muchas personas con su dolor emocional. Asimismo, ha sido la fuente y el lugar de prueba para numerosas transformaciones marxianas y concepciones postmarxianas. Nuestra *terapeutización* del marxismo es una reconceptualización clínico evolutiva continua de la perspectiva clásica analítica de clases, cognitiva, conocida como el materialismo dialéctico. Algunas de las concepciones marxianas reformuladas por la terapéutica social incluyen la concepción/práctica del poder, sí mismo, grupo, significado y dialéctica misma.

Por ejemplo, el trabajo terapéutico/analítico más temprano de Newman, evidenció la distinción crítica entre poder y autoridad, donde el poder es la capacidad creativa de los grupos a través del ejercicio de su labor emocional para generar ambientes nuevos y la autoridad es la predisposición sobredeterminada socialmente por los miembros individuados del grupo de aceptar pasivamente los ambientes emotivos patriarcales y dominados por la clase (Newman, 1974). En el eje del conflicto entre el poder y la autoridad, el terapeuta social es, al mismo tiempo, el organizador (facilitador) del poder laboral emotivo del grupo y el potencial (o hasta actual) depositario de los instintos autoritarios de los miembros del grupo. Así, en el proceso de elaborar la naturaleza precisa de la relación emergente, el grupo cambia su relación con el poder y la autoridad, en otras palabras, se hace más poderoso y menos alienado.

Un tema vinculado al anterior es la consideración práctico-crítica del sí mismo. El sí-mismo y el principio terapéutico de conocerse a sí-mismo son, en nuestra opinión, poco más que un disfraz para la alienación individuada. Las nociones marxianas de identidad de especie e identidad histórica del mundo son reformuladas para luchar contra el miedo freudiano (burgués) de la conducta grupal. El comentario crítico de Wittgenstein (1953) sobre los lenguajes privados, y su modalidad filosóficamente terapéutica de enseñarlo, sirve como un tipo de terapia humanista de shock para ayudar a los individuos a reconocer que no se conocen a sí-mismos (además de no tener que, ni poder hacerlo), puesto que ya son ellos mismos. El terapeuta social trabaja con el grupo (no los individuos en sí mismos que, hablando de manera reduccionista, forman el grupo), organizándolo como una zona emocional de desarrollo próximo, o zpd, para tomar prestado el término que emplea Vygotsky para designar cómo y dónde es creado socio-culturalmente el desarrollo humano (Vygotsky, 1978; 1987). Los miembros, cada uno en un nivel distinto de desarrollo emocional, son animados a crear una nueva unidad con un nuevo nivel de desarrollo emocional, es decir, el nivel emocional de desarrollo del grupo. Esta actividad continua y siempre cambiante promueve el desarrollo en todos -aun en los que están más desarrollados individualmente-.

Este proceso involucra un cambio cualitativo del foco terapéutico –desde el sí-mismo individuado que descubre *insights* más profundos, a la colectividad comprometida en la actividad continua de crear una nueva unidad social (la *zpd* emocional)—. La pregunta de fondo cambia de "¿Cómo está cada

individuo?" a "¿Qué tan bien está el grupo ejecutando (performing) su actividad?"

Este énfasis extra en la actividad, específicamente sobre la actividad de hablar, es decir, sobre la conversación, transforma el significado mismo. Reconsiderando a Wittgenstein desde un punto de vista actividad-teórica marxiano y vygotskiano, rechazamos la ecuación simple del significado y uso que es común entre muchos de los seguidores y estudiantes de Wittgenstein, a favor de una relación dialéctica entre el significado y la actividad. El sentido de la conversación no se hallará en cómo se utiliza sino en el hecho de que es utilizada (Newman, 1999, pgns. 84-85).

Lo antes mencionado, por supuesto, es un resumen de la caracterización de los terapeutas sociales. ¿Cómo ocurre la vinculación entre el poder, la autoridad, el sí-mismo, etc.? ¿Cómo es un grupo? Los grupos de terapia social están típicamente compuestos por un número que va entre quince y veinticinco personas -con una mezcla de hombres y mujeres, distintas edades, razas, orientación sexual, profesiones y problemas—. La mayoría de los grupos son de duración ilimitada (aunque algunos tienen una finalización prevista), y se encuentran semanalmente durante noventa minutos. El tiempo que permanece un miembro en el grupo varía; algunos permanecen durante muchos años, otros se van y nuevos miembros ingresan. Los grupos suelen comenzar de la manera tradicional, es decir, distintas personas traen temas sobre los cuales desean ayuda. Pero el trabajo real del grupo es intentar averiguar cómo hablar acerca de lo que quieren tratar, es decir, la actividad del grupo es averiguar qué hacer con todas las cosas que han aparecido, cómo crear un nuevo ambiente/metodología/conversación. El terapeuta ayuda al grupo a practicar el método, es decir, a crear una herramienta (como en herramienta-y-resultado) única y dirigida específicamente a atender aquello sobre lo cual desean hablar. En la actividad grupal de crear el método es que los temas del sí-mismo, el lenguaje, el poder etc., son atendidos. El proceso terapéutico social, entonces, no es para ayudar a las personas con sus problemas; más bien es para ayudar a grupos de personas a crear ambientes donde obtener ayuda. Hemos encontrado que esto es lo más útil.

En la psicología ortodoxa, la dimensión moral de la actividad vital es excluida en nombre de la *buena* ciencia. Los hechos y los valores son distinguidos arbitrariamente, aun cuando en el proceso de *convertirse* en vida el *deber* y el *ser* están dialécticamente entretejidos. No es de sorprenderse entonces, que la psicología se haya convertido cada vez en algo menos relevante para la vida humana y el crecimiento. Se necesita una nueva ciencia/arte –una ciencia/arte revolucionaria, practicada por todos– para ayudarnos a navegar a través de las aguas turbulentas de un milenio nuevo y complejo.

Bibliografía

- Holzman, L. (1999). *Performing psychology: A postmodern culture of the mind*. New York: Routledge.
- Holzman, L. y Morss, J. (Eds.), (en prensa). *Postmodern psychologies, societal practice and political life*. New York: Routledge.
- Marx, K. (1974). Theses on Feuerbach. In K. Marx and F. Engels, *The German Ideology*. New York: International Publishers.
- Newman, F. (1974). *Power and authority: The inside view of class struggle*. New York: Centers for Change, Inc.
- Newman, F. (1999). On dogma of dialectical materialism. *Annual Review of Critical Psychology*, 1(1), 83-99.
- Newman, F. (en prensa). The performance of revolution (More thoughts on the postmodernization of Marxism). En Holzman y Morss, (Eds.), *Postmodern psychologies, societal practice and political life.* New York: Routledge.
- Newman, F. y Holzman, L. (1993). Lev Vygotsky: Revolutionary scientist. London: Routledge.
- Newman, F. y Holzman, L. (1996). *Unscientific psychology: A cultural-performatory approach to understanding human life*. Westport CT: Praeger.

- Newman, F. y Holzman, L. (1997). The end of knowing: A new developmental way of learning. New York: Routledge.
- Vygotsky, L. S. (1978). Mind in society. Cambridge, MA: Harvard.
- Vygotsky, L. S. (1986). *The collected works of L. S. Vygotsky*, vol. 1, New York: Plenum.
- Wittgenstein, L. (1953). Philosophical investigations. New York: Macmillan.

Rehaciendo el pasado: unas cuantas historias exitosas en materia de Terapia Social y sus moralejas¹

Fred Newman

Resumen

El siguiente trabajo presenta una visión aplicada de la terapia social. Revela así las diferencias con la psicoterapia tradicional con respecto a los objetivos y la manera de encarar la relación terapéutica. Se resalta el papel activo que tienen las personas que buscan ayuda en el proceso, para que éstas sean las encargadas de crear los nuevos ambientes donde se puedan vívenciar relaciones y soluciones nuevas. Para hacer esto presenta una serie de casos que ilustran los distintos caminos que ha venido tomando esta aproximación a la ayuda.

Abstract

The following paper presents a view of the application of social therapy. It reveals the differences with traditional psycotherapy in its goals and the way it considers the therapeutic relationship. In this relationship the person who seeks help has a more active role that is focused on creating new environments that permit a new emotionality. To do so a series of cases that illustrate the different roads that this new approach has offered are presented.

¹ Este artículo fue publicado originalmente en el libro "¡Vamos a Desarrollarnos!, Una guía para el crecimiento personal continuo", escrito por el autor en colaboración con Phyllis Goldberg y publicado en la editorial Castillo International en Nueva York.

La terapia social no se parece en nada a la terapia tradicional y, al mismo tiempo, es muy parecida a ésta. La gente viene a nosotros buscando ayuda emocional, que es, por supuesto, por lo cual también van a otros terapeutas. Si un terapeuta –cualquiera– es afectuoso y sensible, como lo son muchos, las personas se conmueven y responden, ellas decidirán ir con el terapeuta aun sabiendo muy poco acerca de lo que es terapia. Lo que es bueno acerca de la terapia es que le llega a las personas y las conmueve de una manera humana y piadosa. La terapia tradicional es menos exitosa, en mi opinión, en relación con el hacia dónde se dirige. Lo que es interesante y especialmente valioso acerca de la terapia social es a donde viajamos con la gente.

La terapia social acompaña a la gente en un viaje. Pero no a un destino particular donde todo el mundo supuestamente debe llegar: funcionamiento elevado, recuperación o vivir felizmente para siempre. Más bien, las personas que hacen el viaje de la terapia social aprenden a ir en un continuo e ilimitado viaje de deconstrucción y reconstrucción retando las presunciones fundamentales y los roles de la cultura de consumo, mientras que reorganizan y crean sus vidas emocionales en forma diferente.

Debido a su participación en este proceso, la persona no se convierte en un nuevo individuo. Adquiere una nueva herramienta. Verdaderamente es una nueva clase de herramienta. Se convierte en alguien capaz de construir nuevos ambientes donde se producen nuevas emociones.

Ayudamos a la gente a convertirse en constructores, hacedores, creadores de sus vidas, especialmente de sus vidas emocionales. Este es un proceso continuo, vitalicio, sin final ni conclusión y con ningún otro propósito que vivir una vida mejor. Podría decirse que le enseñamos a la gente a construir ambientes vitales que les permitan crear mejores ambientes vitales que a su vez les permitan construir aun más y mejores ambientes de vida. Hemos encontrado que es esa actividad creativa de construcción –no la obtención del insight– lo que produce desarrollo y crecimiento emocional.

Algunas personas permanecen en la terapia social por dos sesiones, algunas por dos meses, otras por dos años, algunas otras por dos décadas. En terapia social la gente crea su propia psicología y su propia terapia social; las

decisiones tan variadas acerca de cómo hacerlo incluyen *cuánto tiempo* les toma. Algunas personas vienen por un período de tiempo muy corto, por ayuda inmediata. Otros la convierten en una parte de sus vidas a largo plazo. No pienso que una manera es mejor que la otra. Quiero contarles algunas historias de gente común que continuamente crea terapia social aun cuando nace de ella.

Claramente recuerdo una sesión de terapia muy conmovedora con Janice hace mucho tiempo cuando comenzábamos. Esto fue hace casi 20 años. Entonces Janice, de 18 ó 19 años, era muy, muy anti-autoridad. Sin discusión, al inicio, fue abiertamente hostil hacia mí. De tal manera que comencé la sesión preguntándole por qué se relacionaba así conmigo, con tanta desconfianza y rabia. Me contestó francamente. "Usted es mi última oportunidad" dijo esta joven rabiosa y muy infeliz, quien había tenido ya dos colapsos nerviosos. "Si esto no funciona, estoy acabada —estoy muerta". Y creo que quiso decir "me mataré". Irónicamente, sentía que tenía que mantenerse alejada, distante de mí porque los riesgos emocionales eran muy grandes. Cuando me dijo aquello, me permitió entender su rabia hacia mí de una manera no trivial, no transferencial.

Detengámosnos un momento para meditar un poco acerca de esta palabra transferencia. En la terapia tradicional freudiana y la terapia influenciada por su teoría, se considera necesario que los pacientes pasen por un estado prolongado durante el cual transfieren sus sentimientos infantiles frente los adultos más importantes de sus vidas hacia el terapeuta, quien puede verlos, analizarlos y, por último, corregirlos. Cualesquiera reacciones o respuestas que el paciente tenga hacia el terapeuta son interpretadas en términos de transferencia y como evidencia de que la terapia está funcionando.

Ahora bien, en la cultura de consumo es muy común que la gente se relacione con otros como personas diferentes a quienes realmente son. La gente tiende a verse no como individuos reales y únicos que valen por lo que ellos mismos son, sino más bien como tipos de cosas intercambiables (mercancías) cuyo valor viene determinado por el precio que puedan obtener en el mercado, de acuerdo con el principio de consumo. Así pues, la terapéutica

social no considera a la transferencia como una técnica clínica; sino más bien la ve como el proceso *normal* que ocurre a todos los que vivimos en la alienación *normal* de la cultura del consumo.

Al decir esto no estoy asumiendo que la *transferencia* estuvo ausente de mi relación terapéutica con Janice; como he dicho, dada la naturaleza de la cultura del consumo, la transferencia está presente en la mayoría de nuestras interacciones sociales, en terapia y fuera de ésta. Debo insistir que ésta es la manera como la gente típicamente se relaciona con otros en una cultura acomodaticia hacia el logro. El punto es que, en la terapia social, ni la transferencia ni el análisis de la transferencia son el eje de la manera como explicamos todas las cosas. No asumimos que cuando alguien está rabioso con otra persona es porque la rabia *realmente* se dirigie hacia un padre que fue indiferente o abusivo diez, veinte o cincuenta años atrás. Y no nos relacionamos con nuestros pacientes sobre la base de esta presunción –aun si esto es verdad–. El enfoque de la terapia social practica la aceptación radical, es anti-interpretativo y anti-explicativo (y muy *practicable* en la vida de cada día).

La rabia de Janice conmigo provenía de su miedo de que si yo le fallaba, ella no tendría otro lugar a donde acudir. Se estaba relacionando conmigo como quien yo era en su vida, desde su punto de vista. No interpreté, o intenté explicar lo que estaba diciendo. Yo lo acepté y también a su rabia.

Janice vino a verme poco después de que comenzó a salir con Howie, un paciente mío que me había sido referido por un conocido común. Howie se convirtió en mi paciente cuando tenía cerca de 18 años y todavía vivía con sus padres. Tuvo una niñez muy infeliz. Había sido muy grande para su edad y su familia y otras personas lo trataban como si fuera un toro en una tienda de cristal, gordo, torpe, estúpido; un bravucón. No tengo dudas de que se convirtió en un bravucón porque hicieron que él se viera como tal. Cuando vino a terapia estaba teniendo muchas peleas con sus padres. Un motivo para discutir era si debía ir o no a la Universidad, no le había ido muy bien en el bachillerato y no estaba particularmente interesado en continuar estudiando. Lo que realmente quería era tener un trabajo en diseño gráfico; era muy bueno en este tipo de trabajo. Yo lo apoyé a tomar las decisiones que quería tomar:

se mudó del apartamento de sus padres, encontró trabajo en una firma de diseño. Ambos fueron buenos avances.

Howie y Janice se conocieron cuando él ya tenía cerca de un año en terapia conmigo. Vinieron juntos a terapia unas cuantas veces. Entonces Janice decidió dejar al terapeuta que había estado viendo por un año y comenzó la terapia conmigo. Eventualmente, cada uno estaba en terapia individual y en terapia de grupo conmigo, en cierto momento también estuvieron en terapia como pareja.

La familia de Janice era de una clase social más alta que la de Howie, pero, como él, ella también había tenido una niñez infeliz. Fue sometida a abuso sexual por su padre y estaba separada de su familia desde el punto de vista emocional. Se comportaba como alguien que está *emocionalmente perturbado*. Por su parte Howie meramente era muy infeliz.

Cuando conocí a Howie y a Janice eran incapaces emocionalmente de vivir muy bien; ninguno de los dos sabía cómo. Se encontraron entre sí y a la terapia social casi al mismo tiempo. Ahora tienen más de 35 años y llevan juntos una vida muy buena. Pienso que no es injusto decir que Howie y Janice crecieron de nuevo en la terapia social. Tomó un largo tiempo. Pero eso no es tan sorprendente; después de todo, ellos habían pasado 17 ó 18 años totalmente inmersos en ambientes que eran emocionalmente (y en el caso de Janice, físicamente) abusivos, no-nutritivos y carenciados.

Como adultos ya no reaccionan de forma pasiva a una vida determinada y definida para ellos por sus padres y otras figuras de *autoridad*; se encuentran inmersos en la actividad de crear sus vidas de acuerdo a como son ellos y a como están evolucionando. Howie es muy exitoso, es dueño de su propia firma de diseño y disfruta su trabajo. Janice siempre ha tenido problemas con su carrera, y todavía los tiene. Es profesora, pero nunca ha querido (verdaderamente) enseñar; trabaja en una librería. Recientemente tuvieron un bebé –algo que Janice quería desde hace mucho tiempo y de lo que Howie no estaba tan seguro (ellos hicieron años y años de trabajo muy intenso en terapia para ver si se convertían en padres y cómo hacerlo), ahora los dos están muy felices

con el bebé –una niña–. Están planificando tener otro hijo. Pienso que van a ser muy buenos padres.

Estas son personas que crecieron para ser anormales, desdichadas. Ese era el camino emocional al que se dirigían. Janice era una suicida. Creo que posee una testarudez, una rebeldía anti-autoridad que pudo haber hecho posible que se suicidara. Aún hoy, el trabajo con Janice nos lleva de nuevo a su abuso sexual cuando era niña y al impacto emocional que esto sigue teniendo en ella. En particular, hemos trabajado sobre cómo su dificultad para perdonar (aunque entendible) tiende a dejarla vulnerable, con dolor y muchas veces le hace ser ruin en su comportamiento hacia aquellos a quienes ama.

Howie fue profundamente frustrado en sus necesidades afectivas y emocionalmente carenciado. Un tema recurrente en su terapia es su humillación, al ser equiparado con un tonto grandote. Pero ha progresado mucho en esto. Es amoroso, afectuoso –particularmente para los parámetros de hombría de nuestra cultura—. Puede ser, y ha sido, abusivo con Janice. Pero se ha comprometido a trabajar en ello, atravesarlo y salir de ese comportamiento.

Existen millones de jóvenes americanos que son como Janice y Howie eran hace 18 años. En esa época nadie hubiese podido imaginar o predecir que los dos tendrían éxito, como ha ocurrido, al llevar una vida normal y satisfactoria para ambos. Viven confortablemente, tienen amigos, se preocupan uno del otro y del bebé. Son gente agradable. Más importante y con mayor precisión, se puede decir que son un hombre y una mujer quienes están haciendo cosas agradables juntos.

Pienso que mucha gente se engancha a veces en si ellos y otra gente son agradables o desagradables y permiten que ese juicio les predetermine qué harán unos con otros. Creo que funciona de otra forma. Es lo que la gente hace junta, su actividad, lo que importa. Dele a la gente una pistola y póngala en un ambiente llamado guerra y, probablemente, hagan cosas horribles. Dele a la misma gente unos juguetes y póngala en un parque con un grupo de niños y lo más probable es que todos pasen un buen rato.

El enfoque de la terapia social le ha permitido a Howie y a Janice aprender cómo construir un ambiente de vida en el cual pueden ser generosos uno con el otro, que es lo que les permite a ambos crecer. ¿No es su historia un caso común de crecimiento? Usted se preguntará: ¿No les habría ido mejor a Janice y Howie sin la terapia social? Para mí la respuesta parece ser, sencillamente, no. Porque ellos estaban emocionalmente *encasillados* como mucha gente. Igual que aquellos niños quienes están *encasillados* y *etiquetados* intelectualmente desde una edad muy temprana y cuya inteligencia permanece sin descubrir, a menos que se les dé la oportunidad de expresarla; Howie y Janice necesitaban practicar la normalidad emocional para poder salir del *encasillamiento*.

Vera es una mujer de un poco más de cincuenta años, quien vino a terapia social por un breve período de tiempo hace como un año, poco después de que su marido tuviera un ataque al corazón y muriera. Algunos de los amigos de Vera pensaron que ella no estaba manejando bien su duelo. Le advirtieron que si no lo hacía de la forma correcta, la muerte de Bill le *pegaría* seis meses después. Sus amigos tuvieron éxito al asustarla, así es que vino a la terapia social a buscar ayuda por un corto período de tiempo.

En las primeras tres sesiones de terapia, Vera me contó su vida. Durante veintiocho años ella y Bill habían tenido un *buen matrimonio*, mas no perfecto. Habían construido juntos un negocio de arte exitoso. Vera era muy apegada a su hijo Paul, quien se había metido de lleno en el negocio cuando Bill murió y se había asegurado que éste continuara fluidamente. Vera siempre había tenido una vida social muy activa, lo que no había cambiado. Se dedicaba a pintar y le encantaba. Estaba muy entusiasmada con hacer un viaje a Canadá, que había comenzado a planificar con Bill y algunos amigos muchos meses antes. En otras palabras, Vera había continuado con su vida normalmente. Echaba mucho de menos a Bill, pero no estaba devastada. Sus amigos no podían entender esto.

Sus amigos tampoco podían entender su matrimonio cuando Bill estaba vivo. Vera y Bill habían vivido una vida bastante independiente uno de otro. Con los años habían descubierto una forma de permanecer juntos (algo que

ambos querían) lo que suponía que cada cual fuese lo que era, en vez de actuar los roles *normales* de Esposo (con E mayúscula) y de Esposa (también con E mayúscula). Cuando Vera y yo hablamos nos parecía a ambos que ella estaba bien. No estaba *negando* ni *reprimiendo* nada, como sus amigos psicólogos aficionados, imaginaban. Ella simplemente no era dependiente de Bill de la manera como sus amigos eran dependientes de sus esposos(as). No necesitaba comportarse como una *Viuda* así como no necesitó comportarse como una *Esposa*. Y no había razón para pensar que ella, de repente, se paralizaría o agobiaría por el dolor si no se dejaba llevar por la pena ahora. (Después de cuatro meses, justo antes del viaje a Canadá, Vera vino a una consulta de seguimiento y todavía se estaba sintiendo bien).

Al igual que Vera, Gordon vino a la terapia social por un breve período de tiempo. Como ella, su motivo para desear ayuda tenía que ver con la manera como estaba llevando su duelo. Pero sus situaciones eran muy diferentes. Hacía seis meses la esposa de Gordon –Norma– había sido asesinada cuando ocurrió un asalto a la joyería donde había ido a comprar una correa para reloj. Desde entonces Gordon, diseñador de muebles, no podía funcionar. No podía parar de llorar, me dijo. Cuando lo animé a hablar acerca de lo que su matrimonio había significado para él y lo que él y Norma habían hecho juntos, Gordon solamente podía hablar acerca de que ella estaba muerta y lloraba.

Le sugerí que la relación con Norma podría continuar creciendo a pesar del hecho de su muerte. Sin que sorprenda, Gordon pensó que yo estaba loco: "¡muerta está muerta!". Desde la perspectiva de la terapia social, sin embargo, el *hecho de la muerte* es otro hecho de la vida, y como tal, no es solamente un motivo de dolor sino un material de construcción; es algo que puede ser usado en el proyecto continuo de vida de crear con lo que haya a mano –aun con una muerte trágica—.

En el transcurso de tres sesiones más, Gordon y yo comenzamos a explorar lo que él había aprendido en su relación con Norma y cómo podía usar ese aprendizaje para construir sus relaciones con otra gente, de una manera que fuese una ayuda para evolucionar. Eso, a su vez, transformaría—y desarrollaría—

su relación con su esposa muerta. Por ejemplo, una de las cosas de las que conversamos fue que le permitiera a sus amigos entrar en el mundo privado de su matrimonio, como una manera de dejarlos entrar en su vida. Así mismo, se trató de lo que esto significaría para Gordon, un hombre algo aislado, dadas sus opiniones y presunciones.

Gordon decía que se sentía avergonzado por no ser capaz de manejar la muerte de Norma –de ser lo que él denominaba *tal fracaso*. En su primer matrimonio y con sus amistades siempre había *sido el fuerte*, la persona en quien todo el mundo podía apoyarse. Norma había sido la persona a quien él acudía por ayuda. Acercarse a sus amigos y pedirles apoyo en estos momentos desafiaba su comprensión de sí mismo, su *identidad* como hombre.

Al aceptar el reto, Gordon decidió pedirle a un buen amigo venir a trabajar con él en su estudio, de tal manera de no estar solo si de repente se sentía agobiado por el dolor, incapaz de agarrar un lápiz o de hacer una llamada telefónica, como le pasaba a menudo. Por la misma razón, aceptó una invitación (que antes había declinado) de su hermana y su cuñado para pasar con ellos y sus niños tanto tiempo como quisiera. Al utilizar el enfoque de la terapia social organizó su vida totalmente con el fin de tener el apoyo necesario para comenzar a crecer de nuevo.

Amy es una mujer de cerca de treinta años de edad, corredora de bolsa, que ha estado casada por un año con Jon, ingeniero civil. Ambos son muy exitosos en sus trabajos. Amy vino a terapia porque estaba teniendo *desmayos*—se encontraba a sí misma en vecindarios desconocidos a la media noche, sin saber cómo había llegado a ellos e incapaz de recordar nada acerca de cómo había pasado las primeras horas de la noche—. Mientras tanto, Jon estaba en la casa desesperado y luego furioso cuando ella regresaba a las tres, cuatro o cinco de la madrugada, desaliñada y ebria. Amy pasó la primera sesión contándome acerca de estos grotescos incidentes, los cuales habían comenzado muy poco después de su matrimonio. Cada vez eran más frecuentes y ella y su esposo estaban muy preocupados. De acuerdo con Amy, los incidentes estaban echando a perder lo que, de otra forma, era una vida *maravillosa*.

En las siguientes sesiones, a medida que Amy hablaba de su vida y su matrimonio, se veía claramente que las cosas eran menos que maravillosas. De hecho, había estado muy molesta con Jon por muchos meses, pero tenía miedo de decírselo—temerosa no solamente porque pensaba que él se molestaría con ella, sino también porque creía que era *incorrecto* que se sintiera de ese modo—. Estaba profundamente comprometida en ver su vida como que era perfecta y en invertir enormes cantidades de energía física y emocional para hacer que todo pareciera de esa manera a los ojos de la otra gente, lo que hacía muy difícil que reconociera, a sí misma o a otras personas, que su *matrimonio ideal* no era lo que parecía. Le tomó varias semanas a Amy aprender a decir que era terriblemente infeliz.

Después de dos meses, Jon comenzó a venir a verme junto con Amy. Les apoyé para que hablaran de su relación. Con mi estímulo, Amy le pudo decir a su esposo las cosas que él hacía y que ella sentía que la herían, y a decir que estaba molesta con él, algo que nunca antes había dicho a nadie. En los siguientes tres meses, Amy y Jon trabajaron en aprender cómo crear un ambiente de vida en el cual pudieran hablarse mutuamente con honestidad, en vez de forzar su emocionalidad para reflejar la identidad de la *pareja joven perfecta* que ellos creían que deberían ser. Cuando Amy aprendió cómo podía usar su ira para acercarse a Jon y decirle cómo se sentía, sus *desmayos* fueron menos y menos frecuentes hasta que desaparecieron.

Irónicamente, aunque Howie y Janice han estado en terapia social todos estos años, ambos son extraordinariamente independientes de ella. Creo que si dejan la terapia, por lo menos les podría ir tan bien como a la mayoría de la gente que la deja cuando decide que está *curada*. Cuando quieran dejarla, por supuesto, yo los apoyaré a hacerlo. Pero no están apurados, han adaptado la terapia a las actividades de sus vidas. Es solamente una de las cosas que hacen, así como otra gente va a los gimnasios. Howie y Janice vienen a sus respectivas terapias de grupo una vez a la semana para ejercitarse emocionalmente. Y están en buenas condiciones, como estaría cualquier persona que se ejercite regularmente.

He estado con ellos y ellos conmigo la mitad de sus vidas. De alguna manera, ellos y la terapia social han crecido juntos. Howie y Janice vinieron cuando la terapia social misma era *joven*, teórica y organizativamente. Han participado alimentándola, dándole. Han contribuido de forma significativa al proceso de la terapia social, a través de sus idas y venidas, sus vicisitudes, han caminado junto con ella y la han creado. Creo que si hay algún *secreto* para su éxito, es que desde un principio ellos han sido generosos en su posición y actitud a pesar de que, emocionalmente hablando, no tenían mucho al principio.

Ambos son completamente generosos como pacientes. Janice, por ejemplo, no viene *naturalmente* al grupo. Pero siempre ha trabajado para pertenecer a él, aportando emocionalmente. Ambos han dado lo que han tenido, lo que al principio era su dolor, su rabia, su no saber, su humillación. Trabajamos juntos con otra gente para construir algo con todo el vacío y la fealdad—para hacer algo que fuese de ayuda no sólo para ellos, sino para otras muchas personas—.

Han sido vitales para el desarrollo de lo que hacemos –son los mayores constructores de la terapia social—. Y en ese proceso de dar, de construir, ambos han crecido. Son pacientes *modelos* no en el sentido de que son *estrellas* o extraordinarios desde el punto de vista emocional, sino en el sentido de que han recibido mucha ayuda *simplemente* por el hecho de *darle* a este proceso –no sólo para obtener ayuda sino para darla—. Ahora hay mucha gente como ellos. Howie y Janice fueron simplemente dos de los primeros.

Sin embargo, no es que Howie y Janice *se curaron* porque han estado en esto por un largo período de tiempo, o *porque comenzaron desde abajo*. Y aunque es maravilloso que estas dos personas honestas, que estaban en camino a su muerte emocional (y, en el caso de Janice, quizás a su muerte física también) estén muy vivas, el hecho no es que su historia está teniendo un final feliz por lo que la terapia social les hizo o porque ellos contribuyeron a *ello*.

Howie y Janice hicieron mucho más que dar su contribución; ayudaron a hacer que la *anti-institución* de la terapia social sea lo que es ahora. Su curación es inseparable de su participación en la actividad de creación de una

nueva psicología. Esto es, de hecho, lo que significa estar en *terapia social*. Así como Howie y Janice continúan desarrollándose, tendrán más y más que dar al desarrollo de la terapia social, lo que a su vez será capaz de ayudarlos a desarrollarse más profundamente. Así es como el enfoque terapéutico social funciona, y cualquiera –un ama de casa, un grupo de amigos, unos amantespueden practicarla—. Usted puede utilizar este enfoque para crear una psicología nueva, humana. Y haciendo esta actividad, usted, al igual que Howie y Janice, Vera, Gordon, Amy y Jon, podrá reiniciar su desarrollo.

Usted se estará preguntando por qué me salgo de mi camino para insistir en qué es lo que se necesita para crear nuestra propia psicología. Esto se debe a que la Psicología Clínica (con P y C mayúsculas) que tenemos en la actualidad —la psicología de Freud y la psicología influenciada por Freud— se ha probado a sí misma ser de muy poca ayuda para los hombres, desde una perspectiva del desarrollo y, por lo tanto, desde una perspectiva humana.

La tarea que se ha impuesto la psicología clínica tradicional es estimar la medida en que la gente está *desajustada* y convencerla (medicarla más y más) para que se ajuste a los roles y las reglas sociales existentes. De acuerdo a sus parámetros, a menudo coercitivos, la psicología capacita a la gente como Howie y Janice, Vera, Gordon, Amy y Jon para que encajen en estos roles; no sabe *cómo* ayudar a alguien a desarrollarse porque, en mi opinión, realmente *no cree* en el desarrollo humano.

Y ese es el problema con la psicología. Se relaciona con la gente como si fueran rocas, estrellas, insectos y átomos que son los objetos de estudio de las ciencias físicas. De tal manera que me resulta perfectamente comprensible que las ciencias físicas, por ejemplo, con sus normas generalizadas, su cuerpo de conocimiento y sus paradigmas interconectados (problema-solución, explicación causal, predicciones) se apliquen a los objetos físicos. Tales objetos pueden pasar por cambios profundos, pero son incapaces –como cualquiera puede decirlo– de desarrollarse de la manera como Howie y Janice continúan haciéndolo. Los instrumentos para estudiar el mundo no humano pueden cambiar, pero el método de estudio –lo mismo que el objeto-fundamentalmente no cambiará–. De hecho, creo que las ciencias físicas han

sido tan extraordinariamente exitosas en parte porque el encaje entre su método y su objeto es tan exacto.

Y ese es precisamente el por qué, en mi opinión, una psicología clínica que imita a las ciencias físicas está condenada al fracaso: Howie y Janice están creciendo de nuevo, pero la psicología tradicional no puede *imaginarlo*—mucho menos crear las condiciones para que esto suceda—. Creo que necesitamos una ciencia humana, una psicología que sea diferente de las ciencias naturales por la obvia y simple razón de que los hombres son fundamentalmente diferentes del resto de la naturaleza, del mundo físico, aunque seamos parte de ellos. Una psicología que refleje como un espejo a las ciencias naturales, por lo tanto, niega lo que es más característico del objeto humano de la psicología (Howie, Janice, Vera, Gordon, Amy, Jon y el resto de nosotros), nuestra capacidad única de desarrollarnos y crecer. ¡Imagine una ciencia de la ornitología que no tuviese en cuenta que los pájaros vuelan!

En otras palabras, necesitamos crear una ciencia de psicología que, por lo menos, sea tan apropiada al objeto que estudia (todos nosotros y nuestras vidas) como es la astronomía a las estrellas, o la geología es a la tierra. Lo que esto significa, en mi opinión, es que sea una psicología capaz de desarrollarse continuamente. Si no es así, entonces no es relevante para nuestras vidas. No es mejor que un mito, —a pesar de sus credenciales, y aún más a pesar de sus buenas intenciones, o de sus buenos practicantes—.

El compromiso fundamental de la terapia social no es la preservación de la terapia social. Esto es lo que quiero decir cuando menciono que la terapia social es anti-institución. No es algo fijo, a la que los pacientes son invitados a contribuir o en la que ellos se incluyen; es una actividad de vida –la creación continua de una nueva psicología– por todo aquel que escoge participar, de la manera que él o ella escoge hacerlo.

Al crear una nueva psicología, no quiero decir la búsqueda de una nueva manera de conversar de la psicología. Así es como algunos colegas muy talentosos y comprometidos describieron recientemente su trabajo terapéutico: llaman a los pacientes invitados, les permiten ser propietarios de su terapia, se enfocan en la conversación para solucionar en vez de la conversación acerca

Fred Newman

del problema. ¡El enfoque terapéutico social está haciendo algo mucho más radical! Le estamos enseñando a gente como Howie y Janice, Vera, Gordon, Amy y Jon a crear ambientes donde puedan crear no solamente soluciones a problemas, o aún más, nuevas emociones, sino una nueva emotividad y una nueva psicología. Hemos descubierto que esta actividad es posible y curativa. No solamente Howie y Janice se están desarrollando, ellos están desarrollando la actividad llamada terapia social, la cual está ayudándoles a desarrollarse y a crecer aún más.

El uso de la teoría según el Movimiento *Performativo*¹

Carlos A. Rivas²

Resumen

El objetivo del presente trabajo es introducir al planteamiento performativo como uno de los exponentes de la denominada psicología postmoderna, para luego explorar algunas de sus implicaciones ético-antropológicas. A partir de la noción de performance, concepto central del modelo en cuestión, se concluye que el rechazo a cualquier forma de conceptualización es a) inconsistente con una propuesta como la analizada y b) inconveniente a la hora de valorar las acciones humanas. En sintesis, se defiende que la dimensión epistemológica es inherente al fenómeno humano y que, en cuanto tal, no debe ser ignorada.

Abstract

The objective of the following paper is to present an introductory view of the approach of performance psychology as one of the representatives of postmodern psychology. Based on this brief presentation it will explore some of its ethical-anthropological implications. Beginning with the notion of performance, the central concept of the model, the author argues that the rejection of any type of theoretical construction is a) inconsistent with the analysed proposition and b) inconvenient for the evaluation of human action. In summary, it is argued that the epistemological dimension is inherent to the human phenomenon and should not be ignored.

¹ Tradicionalmente, *performance* se traduce por *actuación* o *ejecución*, en el sentido de "poner en escena" o "llevar a cabo". No obstante, para evitar la pérdida de matices cuando no se trata del sustantivo - *performative*, *performing...* -, se introducirá, en el presente artículo, como un anglicismo.

² Carlos A. Rivas es licenciado en psicología (U.C.A.B., 1997). Actualmente se desempeña como investigador del Centro de Estudios Filosóficos de la Universidad Católica Andrés Bello y como profesor de la cátedra "Antropología Filosófica" en la Escuela de Psicología de esa universidad.

Introducción

Una de las preocupaciones internas de la psicología consiste en lograr su unidad como disciplina (Stricker, 1997). No obstante, cada vez más se cuestiona esta pretensión, principalmente por las *otras voces de la psicología* (Holzman, 1997). Entre éstas, hay una que destaca por hacer un planteamiento radical respecto a los fines, los medios y, más aún, la misma definición de la disciplina; se trata del Movimiento Performativo, un modelo teórico que surge fuera del espacio académico, el cual pretende, en última instancia, fomentar el cambio social (Holzman, 1999).

Hablar del Movimiento Performativo remite, ineludiblemente, a la figura de Fred Newman. Newman es doctor en filosofía analítica en la Universidad de Stanford (1962), practica la psicoterapia desde 1970 y desde 1985 es, además, escritor y director de teatro (Fred Newman, 1998). Entre las múltiples actividades que ha realizado, destaca el haber fundado el "East Side Institute for Short Term Psychotherapy" de Nueva York, un centro de atención psicológica en el que se siguen los lineamientos performativos, bajo un modelo conocido como Terapia Social (East Side Institute for Short Term Psychotherapy, 1998). Igualmente, Newman dirige el "Castillo Theatre", un teatro "off-off-broadway" en el que se ponen en escena las obras teatrales de Newman (Castillo Theatre, s.f.).

Los múltiples intereses de Newman sirven para anticipar su concepción de la disciplina: un espacio donde el diálogo entre psicología, filosofía, cultura y política lleva a la modificación de la naturaleza de la actividad psicológica (Holzman, 1999). Según esta visión, el quehacer psicológico sólo puede entenderse cuando se sitúa dentro del orden político y social. Con esta afirmación, se desdibujan los límites entre ciencia, arte y activismo político, para plantear una psicología cultural e históricamente situada, más que fundamentada en una *realidad* presupuesta. En síntesis, desde esta perspectiva se busca la ruptura con la psicología tal y como se le concibe desde el ámbito universitario, pues se entiende que, desde sus pretensiones de ciencia natural, no le es posible modificar el entorno social.

Explicación, interpretación, performance

El interés fundamental de los performativos se centra en mejorar situaciones concretas, es decir, se ubica en el ámbito de la práctica psicológica. Dentro de ésta, es tradicional que se asuma que la teoría ocupa un papel fundamental para la comprensión, tanto de lo que sucede, como de lo que debe hacerse para alcanzar el bienestar (Peterson, 1991). No obstante, Newman y sus seguidores se oponen, radicalmente, a esta idea.

Para entender lo extremo de la propuesta, es necesario recordar que parte del legado filosófico de occidente se remonta a la idea griega de cosmos. Según este modelo, llamado naturalista, la realidad se haya ordenada según unas leyes que terminan siendo el fundamento para cualquier valoración ética: la verdad, la bondad y la belleza se reducirían, desde esta perspectiva, al ajuste con esa supuesta armonía cósmica.

En este sentido, la ciencia moderna ha pretendido captar *la realidad de la naturaleza* a partir de mejores representaciones; teorías que pretenden acercarse cada vez más a eso que el mundo es. Según esta pretensión, existe un punto final al que puede llegarse, una esencia que puede ser encontrada mediante el proceso del conocimiento. En pocas palabras, la realidad puede *explicarse*. No obstante,

filósofos tan distintos como William James y Friederich Nietzsche, Donald Davidson y Jacques Derrida, Hilary Putnam y Bruno Latour, John Dewey y Michel Foucault [...] tratan de sacarse de encima las influencias de los dualismos peculiarmente metafísicos que la tradición filosófica occidental heredó de los griegos (Rorty, 1997; p. 43).

Así, a partir de estos pensadores, es posible reorientar la labor cognoscitiva, no ya para encontrar la explicación de las cosas, sino para describirlas de modos más útiles. Los términos *construcción social* y *cuestión de lenguaje* determinan este giro (Rorty, 1997), según el cual, obtener conocimiento estriba en crear metáforas útiles para el logro de los fines humanos.

La verdad no puede estar allí afuera -no puede existir independientemente de la mente humana -porque las proposiciones no pueden tener esa existencia, estar ahí afuera. El mundo está ahí afuera, pero las descripciones del mundo no. Sólo las descripciones del mundo puede ser verdaderas o falsas. El mundo de por sí -sin el auxilio de las actividades descriptivas de los seres humanos- no puede serlo (Rorty, 1991; p. 25).

En otras palabras, para esta corriente antiesencialista, lo que el mundo sea no es algo a lo que pueda llegarse. Sólo es posible alcanzar descripciones más o menos útiles de las cosas. De este modo, desembarazados de la pretensión de verdad, la cuestión estaría en establecer relaciones y redescribirlas para que sirvan a los propósitos humanos: conocer es *interpretar*. En este sentido, las teorías psicológicas serían ficciones útiles para el manejo de las realidades que describen; en modo alguno explicarían la realidad tal y como ella es.

Sin embargo, los performativos se proponen dar un paso más allá de este entendimiento. Usar teorías, argumentan, es seguir estableciendo distancia entre aquello que está, la experiencia, y la significación que a ella se le adscribe. Para Newman y Holzman (1999), los antiesencialistas siguen manteniendo un ideal epistemológico que impide *explotar* la subjetividad: hay que modificar la vida de las personas, no la significación de esas vidas (Newman y Holzman, 1999). "Abandonar este requisito epistemológico moderno puede liberarnos de las limitaciones que nos obligan a distorsionar la actividad humana tan profundamente que hacen imposible aprender cualquier cosa sobre la vida social-humana" (Newman y Holzman, 1999; p. 95).

En definitiva, la propuesta es: "los fundamentos de la psicología en la epistemología necesitan ser eliminados" (Newman y Holzman, 1999; p. 91). No hay explicación o interpretación que deba realizarse. Estos intentos desvían la capacidad de auto-reflexión y abstracción, la paradoja más propia del hombre. Relatarse desvía de lo más importante: actuar.

A partir de esto, es obvio que resulte una nueva concepción de la práctica profesional. De los planteamientos performativos se desprende la llamada Terapia Social. Ésta puede definirse como "una aproximación no psicológica,

cultural-performatoria, al desarrollo emocional" (Friedman, 1999; p. 158). Es un enfoque terapéutico que opera, básicamente, "cambiando la forma de la vida relacional" (Newman y Gergen; 1999; p. 83).

En este sentido, el punto central de la terapia social es lograr que la persona que solicita la ayuda se libere de las presuposiciones que la llevan a vivir de acuerdo a una identidad que obedece a las formas sociales. "Sólo cuando creamos nuevas formas de vida relacional [...] podemos entender las formas existentes de la acción" (Newman y Gergen; 1999; p. 83).

Así, dentro de la labor psicoterapéutica que se desprende de los planteamientos performativos, el manejo de los problemas emocionales y del dolor asociado a ellos, no requiere de ningún tipo de análisis por parte del terapeuta, ni de ningún tipo de *insight* por parte del paciente, ya que no hay nada básico que explicar o comprender (como una noción de personalidad, por ejemplo). Lo que se requiere, simplemente, es la creación de nuevas emociones: el desarrollo emocional por performación. En palabras de Holzman, "crecer emocionalmente es inseparable de la creación de entornos que apoyen el crecimiento emocional" (Holzman, 1999; p. 55-56).

Por esto, *performance* es un concepto central. En la acción psicológica no hay nada que explicar, nada que interpretar; el trabajo terapéutico consiste en actuar para que el otro ejecute en aras de su reconfiguración. "El terapeuta social, como ejecutante/director, ayuda a alcanzar la actividad performatoria, esto es, ayuda a los miembros del grupo a recordar que ellos están en un juego y no en una "vida real" donde sus descripciones o juicios son verdaderos o falsos" (Newman y Gergen; 1999; p. 84).

A partir de este presupuesto -la vida es un teatro en el que cada cual ejecuta un papel-, los performativos pueden afirmar que "se requiere, en la práctica de la terapia, hablar a la gente como si pudiera cambiar el mundo. *No* requiere, así como lo decimos, el tipo de conocimiento y análisis exploratorio que los psicólogos tienden a hacer" (Holzman, 1999; p. 67-68). En definitiva, la terapia social busca, mediante la acción carente de etiquetas conceptuales, la construcción de nuevas realidades.

Algunos inconvenientes

Luce muy atractiva una propuesta como la de los performativos: hacen evidente que, para un entendimiento de la psicología como actividad emancipadora del individuo, no puede negarse la relatividad socio-histórica de las instituciones científicas y sociales; tampoco el papel de crítica social que, en consecuencia, debe asumirse cuando se busca superar, sin el sacrificio de la individualidad, la tensión inherente entre individuo y sociedad. Sin embargo, este rechazo a la dimensión conceptual, su creencia en que mediante el performance se llega a la modificación de los vínculos del individuo con la sociedad, trae aparejada una serie de problemas.

En principio, resulta desmesurada la pretensión de actuar como si pudiese cambiarse el mundo.

nunca podemos ser más arbitrarios de lo que el mundo nos permite ser. De modo que, aun cuando no exista un Modo en el que el Mundo Es, aun cuando no existe 'la naturaleza intrínseca de la realidad', existen presiones causales. Esas presiones pueden describirse de diferentes maneras en momentos distintos y para propósitos diferentes, pero son sin embargo presiones (Rorty, 1997; p. 26).

¿Esas presiones causales propias del mundo realmente permiten la transformación del entorno mediante el performance? Los performativos creen que el significado cambia, únicamente, a través de la modificación de la actividad de vida, descuidando el aspecto inverso, que la actividad de vida se estructura a partir la significación. No obstante, la significación es una presión causal que estructura la actuación (Bourdieu, 2000). Cuando un terapeuta social incita al performance, no está eliminando la dimensión simbólica; está sustituyendo unos significados por otros.

Para sintetizar, esta aproximación presume, de modo ingenuo, que los condicionamientos sociales, históricos o culturales no tienen incidencia real sobre los actores y que son superables a través de la mera ejecución. Más aún, que la actuación humana es independiente de la trama de relaciones, con

personas o con instituciones sociales, que se establecen mediante la acción. En síntesis, que la acción humana es separable del entorno en el que se inserta y que se agota en su mero ejecutar.

Parte del problema de los performativos está en que extienden la metáfora del teatro, central dentro de su planteamiento, del nivel epistemológico
al nivel ontológico. Por ejemplo, Erving Goffman (1971), sociólogo de la
escuela de Chicago, utiliza la metáfora del teatro como herramienta metodológica
para el entendimiento de las situaciones sociales. Así, cada persona es como
un actor que ejecuta un papel dentro del escenario social. Este símil facilita la
comprensión de las relaciones sociales, en tanto permite usar conceptos
propios del teatro -como guión, escena, actor, público, utilería, entre otrospara dar sentido a la interacción humana.

En contraposición, dentro de la psicología performativa, la mencionada metáfora se entiende como algo real: la persona es un actor y, en consecuencia, se desempeña, en principio, con el papel que le fue otorgado sobre la base del momento histórico-cultural que le tocó vivir. A partir de allí, se cree que, como no hay nada social, cultural o histórico que no haya sido creado por el hombre (Holzman, 1999), cada individuo puede cambiar a su antojo el papel que quiere representar en el escenario de la vida.

Por otra parte, focalizar en la actividad, descuidando el significado, supone un problema ético, a saber, que las ejecuciones, por la falta de una significación reguladora, no pueden ser valoradas. Si cualquier interpretación supone un modo de sujeción, en un plano netamente performativo daría lo mismo bailar *tap* que agredir a una persona.

En este sentido,

La misma vida cotidiana debe ser juzgada moralmente. Mantenerse constantemente en ella es también una opción que el hombre hace, pues, siempre es posible rebasar el ámbito de lo cotidiano y ver lo cotidiano desde lo genérico, desde la acción significativa. Por otra parte, un juicio preconstituido sólo puede ser eliminado cuando se dispone de otras generalizaciones, pues, en caso contrario, se caería en un nihilismo radical (Desiato, 1996; p. 149).

La ausencia de significados lleva a la dispersión de las ejecuciones, a la disolución del sujeto. Los performativos argumentarían que una idea de sujeto es un modo de coerción social y la pregunta, en ese caso sería ¿es posible la supervivencia humana sin ningún tipo de autoregulación simbólica?

Sólo a partir de la valoración se hace posible la direccionalidad de la conducta. Sin ella toda actuación sería equivalente. En pocas palabras, el performance no puede escapar del ámbito del significado y del sentido.

Dadas estas consideraciones, suponer que la solución está, sencillamente, en perfomar la vida es descuidar la complejidad del fenómeno psicosocial, tanto como ignorar el funcionamiento por el que dicho fenómeno se mantiene. El rechazo a cualquier pretensión epistemológica dentro del movimiento performativo, en este sentido, puede verse como un intento por negar aquello que perturba: el problema ni se disuelve ni se trasciende, se ignora.

Al respecto, Bourdieu afirma que los efectos de la dominación simbólica "no pueden ser abolidos por un acto de magia *performativa*" (Bourdieu, 2000; p. 127). Los dualismos que se pretenden superar desde esta perspectiva están profundamente arraigados en las estructuras y en los cuerpos, de modo que las posibles ejecuciones se inscribirán dentro de esas estructuras de dominación. Es necesaria la subversión simbólica, es decir, la trasvaloración de significados para una ejecución realmente emancipada. Bourdieu llega a ser implacable en su apreciación de las concepciones performativas: son "redefiniciones falsamente revolucionarias del voluntarismo subversivo" (Bourdieu, 2000; p. 127).

A modo de conclusión

Resulta contradictorio que, a pesar de este rechazo a cualquier forma de conocimiento, el movimiento performativo se valga de medios epistemológicos para hacer explícita su posición. Revela, de este modo, ser una interpretación más: la que exhorta a descuidar esa materialidad textual que suele llamarse *lo real*. Tal y como se ha mostrado, esta sobreinterpretación proviene de la ingenuidad con la que se asume el ámbito de lo humano.

Definitivamente, sería injusto con el modelo no declarar que las presentes son consideraciones referidas a sus implicaciones conceptuales. En modo alguno se refieren a lo que efectivamente se hace, mucho menos a los resultados que con su aplicación se obtienen. En este sentido, hay un aporte fundamental del movimiento performativo: el intento por mostrar que los condicionamientos propios a la condición humana pueden ser desplazados, con miras al logro del bienestar individual y colectivo; que la realidad humana no se agota en la explicación positiva de la conducta y que, en consecuencia, es necesaria la confluencia de los distintos saberes que toman al hombre como objeto de estudio para transformar la vida de los hombres concretos.

¿Tiene sentido una práctica psicológica que rechaza la dimensión epistemológica? Este el punto central que este artículo ha querido destacar.

Las 'buenas causas' no pueden servir de justificación epistemológica y dispensar del análisis reflexivo que obliga a veces a descubrir que el bienestar de los 'buenos sentimientos' no excluye necesariamente el interés por lo beneficios asociados a los 'buenos combates' (lo que no significa del todo que [...] 'todo proyecto militante es a-científico') (Bourdieu, 2000; p. 137).

Bibliografía

Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Barcelona: Anagrama.

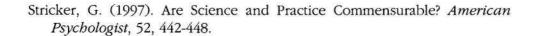
Castillo Theatre. (s. f.). Recibida en Marzo 03, 2000 de la World Wide Web: http://www.allstars.org/castillo.htm

Desiato, M. (1996). Construcción social del hombre y acción humana significativa. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

East Side Institute for Short Term Psychotherapy. (1998). Recibida en Noviembre 26, 1999 de la World Wide Web: www.castillo.org/ESInst/esinst.html

- Fred Newman. (1998). Recibida en Noviembre 26, 1999 de la World Wide Web: http://www.allstars.org/fredbio.htm
- Friedman, D. (1999). Twenty-two weeks of pointless conversation. En Holzman, L. (Ed.). (1999). *Performing psychology: a postmodern culture of the mind*. Nueva York: Routledge.
- Goffman, E. (1971). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Holzman, L. (1997). "Unscientific Psychology: Conversations with other Voices". En Post Conference Report "Unscientific Psychology: Conversations with other Voices". (1998). Recibida en Noviembre 26, 1999 de la World Wide Web: www.castillo.org/ESInst/conference.html
- Holzman, L. (Ed.). (1999). Performing psychology: a postmodern culture of the mind. Nueva York: Routledge.
- Newman, F. y Gergen, K. (1999). Diagnosis: the human cost of the rage to order. En Holzman, L. (Ed.). (1999). *Performing psychology: a postmodern culture of the mind*. Nueva York: Routledge.
- Newman, F. y Holzman, L. (1999). Beyond Narrative to performed conversation ("In the beginning" comes much later). En Holzman, L. (Ed.). (1999). Performing psychology: a postmodern culture of the mind. Nueva York: Routledge.
- Peterson, D. (1991). Connection and Disconnection of Research and Practice in the Education of Professional Psychologists. *American Psychologist*, 46, 422-429.
- Rorty, R. (1991). Contingencia, ironía y solidaridad. Buenos Aires: Paidós.
- Rorty, R. (1997). ¿Esperanza o conocimiento?: Una introducción al pragmatismo. México: Fondo de Cultura Económica.

El uso de la teoría según el Movimiento Performativo



Reporte de hallazgos de una intervención psicológica en condiciones de catástrofe con maestros del estado Vargas¹

Pedro Enrique Rodríguez R.2

Resumen

En el mes de diciembre de 1999, después de unas prolongadas lluvias, diferentes localidadas de Venezuela, y en especial, el Estado Vargas, se vieron afectadas por inundaciones, deslaves, desbordamientos de ríos y derrumbes que ocasionaron una situación catastrófica de amplias dimensiones. Partiendo de una modificación de la técnica de debriefing psicólogos y pasantes de la UCAB realizaron una intervención con 95 docentes de colegios católicos de comunidades del Edo. Vargas, afectados directamente por los efectos de la tragedia. La intervención se realizó en dos dias intercalados y consistió en: 1º aplicación modificada de la técnica de debriefing; 2º actividad grupal psicoeducativa con estrategias de manejo de sintomas en niños. En este artículo, se reportan algunos hallazgos relevantes de la intervención en cinco grandes áreas: (a) sintomas predominantes; (b) presencia de estresores potencialmente traumatizantes derivados de la tragedia; (c) diferencias por género; (d) manejo de estresores; (e) indicadores de la elaboración progresiva de contenidos estresantes.

Las actividades de intervención fueron realizadas por los profesores Jerónimo García, Manuel Llorens, Iván Pazo, Valentina Silva y Pedro Enríque Rodríguez, así como un equipo de pasantes del 5º año de Psicología de la Escuela de Psicología, (UCAB), en coordinación con la Asociación Venezolana de Escuelas Católicas (AVEC). Algunos de los psicólogos participantes forman parte del Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano (CADH) de la UCAB, así como de la Unidad de Psicológica del Parque Social Padre Manuel Aguirre, S.J.

Un agradecimiento especial al Prof. Gustavo Peña, director de la escuela de Psicología (UCAB), quien coordinó las actividades. Igualmente, a los prof. Manuel Llorens e Iván Pazo, con quienes se diseñó la lista de chequeo y se discutieron algunos puntos de esta reseña

²Pedro Enríque Rodríguez R. es psicólogo (UCAB). Actualmente cursa la especialización en Psicología Clínica Comunitaria (UCAB). Es profesor de la cátedra de Psicología de la Personalidad (UCAB) así como personal docente y de investigación del Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano de la misma universidad.

Abstract

In the month of december, 1999, different parts of Venezuela, especially the State of Vargas, were affected by floods produced by days of continuous rainfall, creating a catastrophic situation of great dimensions. On the basis of the technique of debriefing psychologists and students of psychology of the UCAB did an intervention with 95 teachers of catholic schools affected by the tragedy. The intervention was done in two different days with a resting day in between. It consisted of: 1° the application of the modified technique of debriefing; and 2° psychoeducative group activity that discussed strategies for handling the symptoms of the children they were working with. In this article, some findings relevant to the intervention in five mayor areas are discussed. They are: (a) predominant symptoms; (b) the presence of an extra set of potentially traumatizing stressors derived from the tragedy; (c) differences based on gender; (d) coping with the stress; (e) indicators of elaboration of the contents of the stress.

La progresiva sensibilización ante los efectos psicológicos derivados de eventos catastróficos ha colocado a los profesionales de ayuda de todo el mundo ante la difícil y estimulante situación de diseñar estrategias de diagnóstico, evaluación e intervención coherentes con diferentes escenarios de crisis. Una revisión parcial de la literatura reciente evidencia múltiples y variados abordajes, como es el caso de estudios con niños palestinos sometidos a experiencias de guerra (Thabet, Aziz, y Vostania, 1999); poblaciones de voluntarios en condiciones de desastre (Ursano, Fullerton, Vance y Kao, 1999); niños kuwaitíes expuestos a la experiencia de la guerra del golfo pérsico (Awadh, Vance, El-Beblawi, Viola y Pumariaga, 1998); combatientes europeos (Vuk-ic-Mihaljevic, Mandi, Laufer y Barkic, 1998); víctimas de asaltos violentos (Brewin; Andrews; Rose; Kirk, 1999); víctimas de catástrofes no naturales (Tucker, Dickson, Pfefferbaum, McDonald et al., 1997), así como frecuentes revisiones de los hallazgos en excombatientes de la guerra de Vietnam (King, King, Foy, Keane et al., 1999).

Orientados por el creciente interés en las nociones de trauma y crisis psicológica de las últimas décadas (Slaikeu, 1990/1984; van der Kolk, MaFarlane, Weisaeth, 1995a; Yehuda y McFarlane, 1995), psicólogos y psiquiatras

han desarrollado dos vertientes complementarias que han aportado nuevas consideraciones teóricas y prácticas sobre los efectos de eventos críticos o catastróficos. Por una parte, se cuenta con la teorizaciones sobre las condiciones de crisis entendidas como estados transitorios donde las habilidades adaptativas de los individuos se ven sobrepasadas por el evento, generando estados de desajuste y desorganización no explicables por algún trastorno psicológico (Slaikeu, 1990/1984); por otro lado, se tiene la vertiente que corresponde al rápido y casi inusitado desarrollo teórico e investigativo del trastorno de estrés postraumático, que ha pasado a ser, en los últimos veinte años, el trastorno de mayor atención clínica en el mundo (van der Kolk et al., 1995a; Yehuda et al., 1995).

En medio de este escenario, el objetivo de este artículo es reportar los hallazgos de una intervención psicológica con un grupo de educadores afectados por la reciente catástrofe natural del estado Vargas, Venezuela.

La catástrofe del Estado Vargas

La experiencia venezolana de intervención psicológica en momentos de catástrofe se topó, en el pasado diciembre de 1999, con una situación que sobrepasó en sí misma, la experiencia directa de intervención en condiciones de crisis. Sencillamente, no existía en el país una experiencia consistente ante situaciones de catástrofe de la magnitud de la tragedia de Vargas (Lozada, Montero y Rodríguez, 2000). Si bien en otras localidades del país ocurrieron desde el día 15 de diciembre diferentes incidentes catastróficos, como el desbordamiento de represas, quebradas y ríos, fue en el estado Vargas, ubicado a las faldas de la cara norte de El Ávila, donde los deslaves de la montaña produjeron la mayor situación catastrófica, arrastrando consigo una gran extensión de barrios, urbanizaciones y demás zonas urbanas.

Las escenas de pérdida, que impactaron al país, donde centenares de familias vieron peligrar sus vidas y sus bienes materiales, fue apenas el inicio de una penosa crisis que involucró, de uno u otro modo, a una gran porción de la población venezolana. Desde los primeros días de la tragedia, diferentes

grupos profesionales y voluntarios juntaron esfuerzos para responder a la magnitud de la catástrofe. Personas desaparecidas, pérdidas numerosas de viviendas y bienes materiales, así como numerosos decesos se sumaron a una conmoción general que, aún en el presente, muestra sus efectos.

Un reto a las estrategias de intervención

En el ámbito del conocimiento de las profesiones de ayuda se cuenta con un conjunto de estrategias de intervención ante situaciones catastróficas. Aun así, si bien es cierto que las intervenciones farmacológicas e individuales han demostrado diferentes rangos de utilidad en el tratamiento de personas expuestas a experiencias críticas y traumatizantes (van der Kolk, et al., 1995b; Yehuda et al., 1995), resulta evidente la dificultad de su práctica ante eventos traumáticos a gran escala como es el caso de catástrofes naturales como la del Estado Vargas, donde la alta cantidad de personas afectadas resulta desproporcionada respecto al número de profesionales de ayuda entrenados y disponibles para realizar intervenciones psicológicas.

Ante esta circunstancia, la intervención grupal se perfila como una de las más indicadas alternativas de acción. En general, estas intervenciones se consideran efectivas ante experiencias traumáticas a gran escala (Lystad, 1988; Quarentelli, 1985; Raphael, 1986; Solomon, 1988 cp. van der Kolk, 1992; Wender, 1989, van der Kolk, Perry y Herman, 1991; McFarlane, 1988 cp. van der Kolk et al., 1995). El razonamiento que subyace a esta modalidad de intervención es que:

con frecuencia, las víctimas se proporcionan entre sí el lazo más efectivo a corto plazo, debido a que la historia compartida de trauma forma el núcleo para recuperar un sentido de comunidad. Compartir una experiencia común en el pasado determina el escenario para una mejor comprensión y para soportar el dolor continuo del presente (Van der Kolk, 1992, p. 291).

Entre las intervenciones grupales ante condiciones traumáticas se han desarrollado diversas estrategias que van desde la psicoterapia de grupo a largo plazo, hasta intervenciones focalizadas. Una de las estrategias de trabajo grupal focalizado o breve que ha ganado una mayor aceptación es la técnica de *debriefing*, definida como una "intervención estructurada orientada al procesamiento de eventos traumáticos a partir de la ventilación y normalización de las reacciones así como la preparación ante futuras experiencias (Kenardy, 1998, p. 1).

Desarrollada originalmente por Mitchel (1983 cp. Gist y Woodall, 1998) para ser utilizada entre voluntarios y personal de ayuda expuestos a la vivencia de episodios traumáticos vicarios, el *debriefing* ha mostrado ser una herramienta de gran aceptación entre profesionales de la salud mental, quienes se han valido de ella ante diferentes poblaciones de personas sobrevivientes de catástrofes naturales

Esquemáticamente, la técnica se estructura en los pasos siguientes:

- a. Establecimiento de contacto: donde se presenta al equipo de psicólogos y se sugiere el objetivo de la reunión.
- b. Fase de los hechos: consiste en el establecimiento de una conversación de bajo contenido emocional donde se comienza a recoger información relevante sobre eventos ocurridos y situaciones generales.
- c. Fase de pensamiento: en ella se elicita la comunicación de la elaboración cognitiva del evento.
- d. Fase de reacción: una vez llegada a esta fase, se invita a los participantes a compartir las emociones vividas durante el episodio traumático.
- e. Fase educacional: en este punto se desarrolla una discusión ante las reacciones normales al estrés, favoreciendo la naturalización de síntomas al tiempo que se señalan posibles indicadores de alerta a ser cuidados.
- *f. Fase de reelaboración:* se resumen los puntos discutidos y se realizan recomendaciones útiles para el autocuidado en los días sucesivos.

Hallazgos de la experiencia de *debriefing* con un grupo de maestros del Estado Vargas

En el marco de las secuelas de la tragedia de diciembre, la Escuela de Psicología de la UCAB en conjunto con la Asociación Venezolana de Escuelas Católicas (AVEC), desarrolló una intervención grupal con un grupo de docentes de colegios ubicados en el edo. Vargas.

Los objetivos de la intervención fueron dos: en primer lugar, prestar apoyo psicológico directo al grupo de docentes afectados por la catástrofe; en segundo lugar, proveer a los docentes de adecuadas herramientas psicoeducativas para el manejo de los grupos de alumnos que habrían de recibir en fechas próximas.

Descripción de la experiencia

El trabajo se realizó durante las primeras semanas de enero, a menos de un mes de la catástrofe, con un total de 95 docentes de colegios católicos de distintas comunidades a lo largo del Estado Vargas, afectadas en mayor o menor grado por las inundaciones del mes de diciembre. La intervención consistió en la aplicación modificada de la técnica de *debriefing* en dos encuentros, con un día de por medio, estructurados de la siguiente forma:

- a) primer encuentro: actividad grupal de debriefing con grupos entre ocho y quince personas con por lo menos un psicólogo y un estudiante de último año de psicología.
- b) segundo encuentro: actividad grupal psicoeducativa orientada a la revisión de los contenidos de la sesión anterior y a la discusión de las posibles estrategias de manejo de sus estudiantes, casi todos pertenecientes a la primera etapa de educación básica. Al finalizar el segundo encuentro, era posible derivar personas identificadas en condición de riesgo a un servicio de atención individual conducido por uno de los psicólogos del equipo de trabajo. Las

poblaciones de niños de los maestros también podían beneficiarse de la referencia a la atención individual.

Cada sesión tuvo una duración aproximada de tres horas. Al inicio de la primera sesión se administró una encuesta que incluía: a) datos generales; b) descripción de eventos significativos; c) listado de pérdidas materiales y humanas; d) lista de chequeo de síntomas somáticos, cognitivos, conductuales y afectivos.

Descripción de la población

Los grupos de maestros estuvieron conformados por un total de noventicinco (95) personas. El 79% (N=75) fueron mujeres, en tanto el 31% (N=20) fueron hombres. Los grupos formaban parte de diferentes comunidades del Estado Vargas. Esta amplitud de lugares implicó, a su vez, claras diferencias en la vivencias de la catástrofe: formaban así parte de los grupos docentes que experimentaron pérdidas humanas significativas (41.7%) tales como familia extendida, amigos, vecinos; otros que presentaron sólo pérdidas materiales (37.5%) tales como casas, carros, negocios; así como por último, un 40.6% que experimentaron pérdidas menores. En total, el 43.8% de los participantes se vio precisado a cambiar de residencia.

Reporte y discusión de hallazgos

a. Síntomas predominantes en la muestra

Una revisión de la tabla 1 permite apreciar tres grandes grupos de manifestaciones sintomáticas ubicadas en las categorías afectivas, somáticas y cognitivas, obtenidas a través de una lista de chequeo administrada a los docentes de la intervención.

Tabla 1. Síntomas predominantes en lista de chequeo (Muestra Total)

EMOCIONALES	%	FÍSICOS	%	COGNITIVOS	%
Miedo	64.2	Insomnio	53.7	Confusión	33.7
Llanto fácil	50.5	Insomnio Precoz	45.3	Dificultad para tomar decisiones	28.4
"Dolor"	38.9	Dolores Musculares	38.9	Hiperalerta	26.3
Desespero	33.7	Dolores gástricos	31.6		
Rabia	28.4				

Síntomas emocionales

Como puede observarse en la tabla 1, los síntomas emocionales fueron los síntomas de mayor recurrencia para la población general, seguidos muy de cerca por síntomas somáticos.

Específicamente, en cuanto a los síntomas afectivos estos se mostraron del modo siguiente para el momento de la intervención:

Miedo ante las lluvias: pérdida moderada de la regulación afectiva

Uno de los principales factores de preocupación para las personas que se mantenían en las zonas del Edo. Vargas fue, inevitablemente, el temor a las lluvias que, para el momento de la intervención, todavía se presentaban de un modo frecuente. Efectivamente, se aprecia que las reacciones de miedo (64.2%) constituyen el mayor porcentaje de respuestas afectivas y, respecto al total de síntomas, el de mayor proporción para la muestra.

Tal como se documenta en abordajes a poblaciones afectadas por catástrofes naturales, respuestas de miedo, evitación y escape tienden a asociarse

a estímulos que se vinculan con las experiencias propias de la tragedia, aun cuando, para el momento presente estos sean de muy baja peligrosidad, tales como pequeñas lluvias.

Fenómenos de esta naturaleza parecían propiciar en la muestra reacciones donde se manifestaba una pérdida temporal de la regulación afectiva, debido al poder avasallante del evento catastrófico o traumático.

Esta característica podía verse reflejada en verbalizaciones del tipo:

"a la gente lo que más le preocupa es la lluvia. *Caen unas goticas y todo el mundo viene a buscar a sus bijos al colegio*. Todo el mundo anda así, pendiente de cualquier lluviecita que cae" (Margarita, maestra de preparatorio).

Donde, como puede observarse, se manifiesta una reacción de poca mediación ante el estímulo precipitante, ligado evidentemente a la catástrofe vivida.

Fenómeno que también puede apreciarse en autoreferencias del tipo:

"a mí me da miedo es cuando llueve. La otra vez me puse así como loca. Salí corriendo a buscar a los muchachos (...) me decían: "-pero tranquila chica, que eso para que se caiga otra vez hay que esperar como 60 años más", pero eso me afecta mucho" (Luz, maestra de primaria).

Predominio de síntomas disfóricos:

Si bien se observó la presencia de síntomas de llanto fácil (50.5%) y dolor (38.9%) en un porcentaje medio en las listas de chequeo, resulta interesante el hecho de que tales síntomas se mostraron asociados, ante todo, a reacciones de ánimo irritable en la mayoría de las personas de la muestra de estudio.

Esta apreciación se hace más interesante cuando se observa que, síntomas típicamente asociados a manifestaciones de tristeza o depresión como desesperanza (17.9%), disminución del apetito (23.2%) y enlentecimiento

(2.1%) se mostraron en proporciones mucho más limitadas de lo que cabría esperar ante situaciones en las que se supone que el sentimiento de tristeza explícito es prevalente.

De este modo, puede observarse como si bien los contenidos de rabia ante la tragedia recogidos en la lista de chequeo presentaron porcentajes moderados (28.4%), las discusiones grupales se vieron matizadas por múltiples manifestaciones de un ánimo irritable que en ocasiones ocupaban un espacio tan relevante como la expresión de llanto y verbalizaciones de tristeza por parte de los participantes. Esto da lugar a un predominio del ánimo disfórico.

En general, las reacciones de rabia e irritabilidad se encontraron orientadas hacia tres categorías de contenidos. La primera, refería a la acción de instituciones públicas y decisiones gubernamentales que afectaban directa o indirectamente a las personas de la muestra en un escenario donde, previsiblemente, imperaba el caos y la anarquía. Comentarios del tipo:

"lo que a mí me molesta, te digo que lo que me molesta es que nos digan en estos días que tenemos que ir otro día más al colegio en estas condiciones" (Juan, maestro de primaria).

O esta otra verbalización:

"en la parte de atrás de mi casa hay una lámina de concreto guindando. No se ha caído y no se sabe para dónde se va a caer; ha venido todo el mundo, bomberos, voluntarios, otros bomberos, todo el mundo mide, discute y se va (...) yo lo que digo es que uno no puede vivir en esa zozobra" (Raúl, coordinador).

Reflejan convenientemente algunas de las reacciones habituales que los maestros habitantes de la zona experimentaban ante situaciones típicas en los días posteriores de la tragedia.

En un segundo grupo de reacciones se pudo apreciar la referencia continua a los sucesos vividos después de la tragedia por la acción de saqueadores

"¿saqueos? ¡imagínese!, a mi se me intentaron meter a la casa y como mi esposo es funcionario, yo agarré la pistola y empecé a disparar. Disparé toda la pistola, a ver si de verdad se me iban a meter a la casa (...) para nada, porque después que nos fuimos los muy desgraciados se metieron de todos modos (...) es como para guindarlos" (Matilde, maestra de primaria).

O comentarios del tipo:

"por aquí vinieron hablando que si de los derechos humanos. Mire, eso lo que da es rabia de verdad. Yo vi a más de uno que entre la gente corriendo saqueaba a sus propios vecinos (...) por allá arriba encontraron una casa *full* de televisores y equipos de sonido" (Raúl, coodinador).

Por último, una categoría de contenido menos definida, pero igualmente indentificable, fue la molestia e irritabilidad ante personas no solidarias. Alguno de los participantes comentaba:

"era por maldad. Saquearon la carnicería, así, como hambreados. Por mi casa tuvimos que abrir una fosa para enterrar las reces podridas que dejaron perder. Tuvo que ser por maldad que no lo compartieron con los demás vecinos que también pasábamos trabajo" (Carlos, maestro de primaria).

Mientras que otro participante decía por su parte:

"a mí me molestó ver que la gente lanzaba fuegos artificiales el veinticuatro y el treinta y uno, como si aquí no estuviese pasando nada; esas son las cosas que a uno lo afectan, la falta de solidaridad" (Raúl, coodinador).

Como se verá más adelante, estas categorías parecían tener una función de deslinde y separación respecto a otros grupos y participantes de la escena social. De esta forma cumplían la función de fortalecer los procesos de vinculación e identidad, que se revelaban como los principales factores de apoyo objetivo para los participantes.

Síntomas somáticos

En cuanto al área de funcionamiento somático, los síntomas se enmarcaron dentro de dos categorías sintomáticas como fueron las dificultades de sueño (insomnio 53.7% e insomnio precoz 45.3%) así como una segunda categoría de malestar físico (dolores musculares 38.9% y gástricos 31.6%). Aun cuando los resultados no fueron significativos estadísticamente, los síntomas de naturaleza somática se mostraron en mayor proporción en los participantes de género femenino.

Síntomas cognitivos

En cuanto a la manifestación de síntomas cognitivos, pudo apreciase el predominio de síntomas de confusión (33.7%), dificultad para tomar decisiones (28.4%) e hiperalerta (26.3%).

Los síntomas de naturaleza conductual no se presentaron de manera significativa en la muestra de intervención.

b. Presencia de estresores potencialmente traumatizantes derivados de la tragedia

Si bien en los primeros momentos de la intervención los grupos tendían a orientarse a la exposición más o menos detallada de acontecimientos críticos vividos durante los días de la tragedia, parece relevante el hecho de que las verbalizaciones tendían a pasar de lo que normalmente se entiende como la

naturalización y ventilación de los contenidos estresantes *del evento*, al manejo de las situaciones *derivadas* de la tragedia que se presentaban con un potencial estresante elevado. De este modo, lo que usualmente se supone como contenidos estresantes que pueden transformarse en síntomas de tensión intrapsíquica, se presentaban para esta población, como elementos reales, objetivos, presentes en el día a día de la nueva cotidianidad.

Esto reviste un particular interés ya que los reportes en poblaciones mundiales tienden a presentar hallazgos derivados de los efectos específicos de los eventos propiamente traumáticos, no así de sus secuelas, tal como se presentó en esta muestra.

Un conjunto de vivencias penosas no asociadas al evento, pero derivadas indirectamente de él, fueron los contenidos típicos que aludían a tensiones adaptativas. Un ejemplo resultante son las complicaciones para el traslado de un punto a otro, que implicaban el paso por zonas devastadas, con difíciles vías de acceso y diversos riesgos. Algunos de estos estresores pueden verse reflejados en los verbatum siguientes:

"Lo más difícil es agarrar el ritmo entre tanto desastre. Llegar al colegio es una travesía (...) casi siempre llegamos pidiendo cola (...) ahora hasta el transporte lo quitaron (...) lo que pasa es que el camino está muy malo (...) es un martirio" (Marta, maestra de primaria).

"Yo voy lunes, miércoles y viernes. El martes lo agarro para *recuperarme* del lunes y *prepararme* para el miércoles. El jueves y el fin de semana también". (Juan, maestro de primaria).

"ella no lo quiere decir (*risas*), pero ella se cayó de uno de los troncos por los que uno atraviesa el río (...) la verdad es que se trata de una situa-ción muy peligrosa" (Juan, maestro de primaria).

Otra fuente de estresores se refleja en los continuos y a veces penosos cambios derivados de la pérdida parcial o material de las viviendas. Situación que se aprecia en comentarios como el de Karelis (maestra de preparatorio),

donde se revela el costo personal derivado de la inhabitabilidad de las viviendas:

"bueno, sí, uno se cansa mucho; yo por lo menos me estoy quedando en la casa de mi tía en Caracas durante la semana y viajo hasta aquí todos los días para cumplir horario. Los fines de semana me voy para San Antonio (de los Altos), donde está mi familia".

Estos cambios, a su vez, se acompañaban por la constante amenaza de salidas totales o parciales de la zona, lo que implicaba el contacto continuo con nuevos reajustes y pérdidas. Esto lo señala una maestra de primaria, al comentar:

"Bueno, a mí mi esposo *me dice que no me ponga así*, pero casi todos los días viene algún representante a decirme que se va para otra parte, que aquí lo perdió todo y se va. A mi *eso me pone mal*" (Margarita, maes-tra de primaria).

Por su parte, las personas reubicadas desde su residencia habitual en casas pertenecientes a familiares o amigos, comenzaron a experimentar, después de varias semanas de convivencia, preocupación y malestar, que llevaban a reportar, con amargo realismo: "uno sabe como es la cosa. A los primeros días todo va bien, pero después el arrimado por más que sea molesta" (Rita, maestra de primaria).

c. Diferencias por género

Las diferencias de género no resultaron significativas estadísticamente para ninguno de los síntomas encuestados. Aun así, la lista de chequeo arrojó algunos porcentajes diferenciales por género que merecen ser considerados.

En el perfil de la muestra femenina predominó una mayor proporción de síntomas somáticos de dolor de cabeza (37.7%) e hipertensión (14.7%) (a

excepción del síntoma de diarrea, que predominó en los varones de la muestra). Resultó llamativo el predominio del importante síntoma cognitivo de *flashback* para un porcentaje superior de la muestra femenina (33.3%), en oposición a lo obtenido para la muestra de sujetos masculinos, donde apenas alcanzó el 10%.

Por su parte, los varones de la muestra mostraron, aunque en una baja proporción, mayores porcentajes de síntomas disfóricos (Explosiones de rabia = 25.0%, irritabilidad = 25.0%), que las hembras.

De este modo los porcentajes observados permiten señalar un patrón sutil por género, en el que las manifestaciones somáticas aparecen con mayor frecuencia en la muestra femenina, mientras los síntomas de irritabilidad tienen una mayor presencia en la muestra de hombres. Estos resultados *grosso modo*, bien podrían estar en concordancia con patrones típicos de socialización donde se presenta una mayor permisividad para la expresión de afecto irritable en hombres, así como un predominio de la manifestación somática en sujetos femeninos.

d. Manejo de estresores

Vinculación e identidad:

La observación de los diferentes grupos evidenció claros indicios de la utilidad de las estrategias de vinculación e identidad con la zona de la catástrofe como uno de los principales recursos de los participantes para el manejo de la situación de catástrofe y sus secuelas.

Un comentario que permite apreciar claramente la importancia de las estrategias de vinculación para las personas de la muestra es el de Mari Luz, secretaria de uno de los planteles, quien en algún momento, reportaba:

"Aquí todos estuvimos muy unidos. Yo me fui para Oriente pero no aguanté. Tuve que regresarme, no tenía vida por allá, sin saber de aquí. Yo le había

abierto la casa a mi familia para que se quedaran ahí. Regresé y ahí nos acomodamos con colchonetas, hacíamos comida todos juntos (...) los hombres se iban por ahí a ayudar en lo que se podía" (Mari Luz, secretaria).

Verbalizaciones de esta naturaleza se repetían incesantemente entre los miembros del grupo. Situación que se hace claramente funcional cuando se entiende que bajo una apremiante condición de inestructura y fragilidad personal y comunitaria, el vínculo familiar y extrafamiliar redunda en evidentes beneficios adaptativos tales como apoyo, contención, validación, así como resguardo, ayuda económica y alimenticia, en el caso de quienes tuvieron que abandonar sus hogares.

Incluso, las estrategias de vinculación y solidaridad tendían a ser reconocidas, valoradas y alentadas en los niños. Así, alguna de las participantes comentó:

"Los niños saben. Ellos mismos en los recreos a veces se reparten las cosas. Como saben que hay niños que no tienen casa y los papás no trabajan, muchos traen más merienda y comparten" (Marta, maestra de primaria).

Parece natural, entonces, que estas estrategias de vinculación remitiesen a verbalizaciones más generales de identidad comunitaria como una fuente valiosa de sentido que, en muchos casos, pareciese tejerse como un factor de esperanza y recuperación futura. Esto se hizo claro en verbalizaciones como: "yo no me voy. Yo me quedo aquí en Vargas. Yo llegué aquí sin nada y ahora estoy sin nada; si lo hice una vez lo vuelvo a hacer" (Lucía, maestra de primaria).

Donde se puede apreciar que el reconocimiento de la pérdida económica y familiar, abre paso rápidamente a una posibilidad de recuperación, que si bien se manifiesta en expresiones, no necesariamente realistas, al menos permitían para el momento, perfilar una posible recuperación en medio de un escenario signado por la incertidumbre y la desolación.

Distancia ante las situaciones de pérdida:

Un hallazgo más sutil pero relevante en la observación de la muestra fue el manejo de las pérdidas entre algunos de los participantes. Partiendo del hecho que el 41.7% y el 37.5% de los participantes experimentaron pérdidas humanas y materiales importantes, respectivamente, mientras que el 43.8% debió cambiar de residencia, resultó llamativo el modo como tendía a tomarse postura ante estas pérdidas en algunos reportes.

En general, si bien existía un reconocimiento de lo perdido, acompañado por manifestaciones de llanto y dolor resonante, resultó interesante como, algunas personas tendían a expresar el dolor a través de alusiones concretas de objetos materiales, sin evidencias del sobrecogimiento frecuente y manifestaciones de tristeza, usualmente identificadas ante situaciones de pérdida. El caso de Karla (maestra de primaria) ilustra este punto cuando en algún momento de la conversación expresaba: "es duro. Yo tenía zapatos de todos los colores. Un par de zapatos para cada combinación. Ahora sólo tengo este par de zapatos"

Interesante comentario que permite develar una evidente realidad. Pero además parece cumplir la función de expresar un importante monto de tensión, y relacionarse subjetivamente con las pérdidas, y al mismo tiempo delimita una distancia personal en cuanto al hecho, que no obstruye, en ese momento, la posibilidad de afrontar las tensiones del día a día y resolver problemas.

Una variante de esta manifestación pudo identificarse en frecuentes alusiones, probablemente cargadas de contenidos proyectivos, a la vivencia de los hijos de los participantes, alumnos y niños cercanos. Un ejemplo típico puede apreciarse en este comentario: "mi casa era una casa muy cómoda. Le habíamos echo mucho. Tenía piscina, parque...mi hija la extraña mucho" (Leida, maestra de preparatoria).

Precisamente este punto de los niños parece haber tenido un papel crucial durante las actividades de formación psicoeducativa, donde pudo observarse que algunos grupos de maestros tendían a mostrar resistencia ante la idea de propiciar la discusión de la situación de vida con los niños a su cargo. Era así como se encontraban frecuentes alusiones a la *inocencia de los niños* así como a la necesidad de *ahorrarles un sufrimiento*, hecho que, en la práctica, resultaba imposible de evitar dada la evidente magnitud de los acontecimientos de los que los mismos niños, evidentemente, fueron protagonistas y testigos.

Frecuentemente, la discusión honesta y sincera de los beneficios de procesar adecuadamente los acontecimientos, así como el reconocimiento de los miembros del grupo del efecto benéfico de poder compartir a un ritmo personal lo ocurrido, representó el principal aliado en este punto.

e. Indicadores de la elaboración progresiva de los contenidos estresantes

Si bien la intervención no aspiraba al establecimiento de elaboraciones definitivas de los eventos vividos, tarea progresiva que necesitaría de la unión de múltiples factores personales, contextuales y temporales, sí era un objetivo explícito favorecer al menos el inicio de este proceso entre los participantes.

Pudo notarse que en las primeras sesiones de la actividad, el patrón de funcionamiento del grupo tendía a fijar ritmos de sesión donde se privilegiaban los contenidos catárticos, iniciando por los eventos vividos durante la catástrofe, para pasar luego a las vivencias estresantes del momento presente, que ocuparon la mayor proporción de tiempo. Sólo en la segunda sesión se apreció una tendencia a ofrecer reportes de una mayor elaboración entre los participantes.

Fue así como en el mismo inicio de la segunda sesión, uno de los maestros reportaba:

"ayer, después de la reunión del lunes yo hablé con los muchachos. Les dije que no habíamos hablado de lo que pasó. Al principio comenzaron a reírse y echarse broma, que si fulano salió corriendo y cosas así; yo los dejé, después les dije que yo tuve miedo, pánico, por mí, por mis hijos que están pequeños (...) poco a poco comenzaron a hablar, a decir lo que les había pasado (...) fue muy emotivo, algunos lloramos" (Carlos, profesor de bachillerato).

Junto a un adecuado y valiente reconocimiento del afecto, este profesor abría paso a una vivencia positiva de apoyo y comprensión, en principio necesaria para ulteriores acomodaciones y ajustes dentro de la propia experiencia vital.

En este sentido, uno de los ejemplos más significativos fue el caso de Mauricio (profesor de bachillerato), quien en el primer encuentro se mostró renuente a participar de un modo personal, pero que al final del segundo encuentro, expresó:

"yo me he dado cuenta de algo: por mi profesión, yo desde el principio comencé como a explicarle a la gente lo que había pasado. Que era una fenómeno natural. Ahora es que veo que yo hablaba mucho de los deslaves de afuera, pero no había dicho nada de lo que me ocurrió a mí por dentro (...) cuando salí con mis padres encima, que me sentía tan asustado" (Mauricio, profesor de bachillerato).

Conclusión

La información reportada hasta este punto revela una serie de hallazgos de interés que merecen ser retomados, a modo de conclusión:

En cuanto a los síntomas más significativos se evidenció la manifestación de síntomas afectivos de miedo, ansiedad y ánimo disfórico, al tiempo que resultó llamativa la ausencia de reacciones típicas asociadas directamente al estado de ánimo depresivo. También resultó importante la expresión de síntomas somáticos. Específicamente, dificultades de sueño fueron reportadas por una alta proporción de las personas que asistieron a la intervención. Por otro lado, síntomas somáticos específicos, tales como dolor de cabeza,

hipertensión y dolores musculares se manifestaron en una mayor proporción de mujeres de la muestra de intervención, síntomas que, junto con la experimentación de *flashback* del evento catastrófico, marcaron diferencia respecto a los sujetos masculinos, quienes tendían a reportar predominio de síntomas de irritabilidad

Por otra parte, se evidenció la presencia de importantes estresores situacionales en la muestran que de algún modo se sumaban, para el momento de la intervención, al efecto traumático de los hechos de la catástrofe. Problemas adaptativos relacionados con el reajuste a las nuevas condiciones de vida, cargadas de penosas dificultades para acciones elementales como el transporte y la vivienda, tendían a limitar la vida diaria de los participantes, demandando, incluso, elevados montos de energía, en ocasiones sorprendentes desde la mirada de un observador externo.

Posiblemente esta situación estaba relacionada con las estrategias de manejo de las condiciones de pérdida, matizadas por una tendencia al distanciamiento afectivo, la ubicación de la indefensión y cuidado en niños y ancianos, así como el marcado predominio de los vínculos de proximidad e identidad comunitaria. Todas estas estrategias parecían tener un lugar crucial para el establecimiento de un adecuado funcionamiento psicológico en medio de un escenario caótico y desolador.

Esta tendencia a la vinculación se presentó como un factor crucial para la aceptación de los participantes de la estrategia de *debriefing*. En efecto, pudo apreciarse un claro consenso general entre los participantes de los diferentes grupos respecto a la utilidad de retomar la experiencia en las sesiones de trabajo grupal, donde el compartir de la experiencia y la abierta ventilación de los contenidos personales vividos durante la tragedia y en el momento de la intervención tendían a ser ventilados de un modo abierto, encontrando, por lo general, un adecuado marco de contención y apoyo entre los mismos participantes.

Características como esta permitieron apreciar la riqueza que puede derivarse de la utilización modificada de la técnica de *debriefing* como estrategia de aproximación a personas sometidas a la acción de eventos catastróficos.

Es así como a partir de los hallazgos obtenidos se sugiere para futuras intervenciones la utilización de esta estrategia de intervención. Por otra parte, se recomienda la utilización de un esquema de encuentros distanciados en el tiempo, tal como se realizó la presente experiencia, antes que el uso de una estrategia de intervención única y puntual, como originalmente prescribe la técnica. Al operar de este modo se favorece la elaboración y la reflexión de contenidos psicológicos en personas que, involucradas en las intensas demandas de las labores de reinserción y adaptación, posiblemente encuentran en la intervención un lugar apropiado y seguro para la necesaria ubicación de sí mismos en medio de un duro presente.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1995/1998). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson: Barcelona.
- Awadh, A; Vance, B; El-Beblawi, V; Pumariega, A. (1998). Effects of trauma of the gulf war on kuwaiti children, Journal of child & family studies, 1998 (Dec), vol. 7 (4), 493-498. *Psychological abstracts*, APA, Feb, 1999.
- Brewin, C; Andrews, B; Rose, S; Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and PTSD in victims of violent crime. American journal of psychiatry, 1999 (May) Vol. 156 (3), 360-366. *Psychological abstracts*, APA, May, 1999.
- Gist, R. Y Woodall, S. (1998). Social science versus social movements: the origins and natural history of debriefing. *The Australian Journal of disaster and trauma studies*. Vol. 1. 1998-1. Http://www.Massey.ac.ng/trauma/issues/1998-1/gist1.htm.
- Kenardy, J. (1998). Psychological (stress) debriefing: where are we now?. *The Australian Journal of disaster and trauma studies*. Vol. 1. 1998-1. Http://www.Massey.ac.ng/trauma/issues/1998-1/gist1.htm.

- King, D; King, L; Foy, D; Keane, T et al., (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male vietnam veterans; risk-factors, warzone stressors, and resilence-recovery variables. Journal of abnormal psychology, 1999 (Feb), Vol. 108 (1), 164-170. Psychological abstracts, APA, April, 1999.
- Lozada, M., Montero, M., y Rodríguez, I. (2000). Reunificación familiar en situaciones de emergencia. *Avepso*: Caracas.
- Slaikeu, K. (1990/1984). Manual de intervención en crisis: manual para práctica e intervención. 2ed. Manual Moderno: México.
- Thabet, A; Aziz, M; Vostania, P. (1999). Post-traumatic stress reactions in children of war. Journal of children psychology and psychiatry and allied disciplines. 1999 (Mar), Vol. 40 (3), 385-391. *Psychological abstracts*, APA, May, 1999.
- Tucker, P; Dickson, W; Pfefferbaumn B; McDonalds, N et al., (1997). Traumatic reactions as predictors of posttraumatic stress six months after the Oklahoma city bombing. Psychiatry services, 1997 (Sep), Vol. 48 (9), 1191-1194. Psychological abstracts, APA, Dec, 1997.
- Ursano, R; Fullerton, C.; Vance, K y Kao, T. (1999). PTSD and identification in disaster workers. American Journal of Psychiatry, 1999 (Mar) Vol 156 (3), 353.359. *Psychological abstracts*, APA, May, 1999.
- Van der Kolk, B; McFarlane, A; Weisaeth, L. (1995a). Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, an society. Guilford Press: New York.
- Van der Kolk, B; Van der Hart, O; Burbrigde, J. (1995b). Approaches to the treatment of PTSD. http://www. *Trauma-pages*.com/vanderk.htm.
- Vuksic-Mihaljevic, Z; Mandié, N; Laufer, D; Barkic, J. (1998) Combat-related posttraumatic stress disorder and social functioning. European journal of psychiatry. Vol. 12 (4), 225-231. Psychological abstracts, APA, March, 1999.

Yehuda, R; McFarlane, A. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. http://www. *Trauma-pages*.com/yehuda1.htm.

La caja de arena como escenario psicodramático en la psicoterapia de niños

Luis Caldera¹

Resumen

En este trabajo se exponen observaciones surgidas de la experiencia psicoterapéutica a partir de la utilización de la caja de arena como escenario psicodramático. Se exponen tres casos clínicos para ejemplificar la utilización de la técnica extrayendo distintas observaciones. Las conclusiones apuntan hacia: 1) la necesidad de considerar a la psique como teatro interno; 2) la existencia de dos posturas psicoterapéuticas ante el juego, una como observador participante y la otra mucho más activa y dispuesta; 3) la caja de arena es un excelente escenario psicodramático por su plasticidad, flexibilidad y aceptación; 4) la caja de arena como escenario psicodramático es especialmente útil en el tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos o en general severamente inhibidos; 5) las limitaciones más importantes de la técnica tienen que ver con las limitaciones expresivas del terapeuta y la adecuación según el momento del paciente; 6) el consultorio debe estar acomodado para la técnica; 7) es posible realizar la intervención terapéutica desde el mundo interno y subjetivo del paciente a partir del rol asignado; 8) es posible incorporar el modelaje como recurso técnico; 9) es posible la exploración de las relaciones interpersonales del paciente a través de la caja de arena; 10) cualquier fantasía puede ser elaborada; 11) a través de la caja de arena se obtiene una imagen metafórica de la vida psíquica.

¹ Luis Caldera es licenciado en psicología (U.C.A.B.), con especialización en psicología clínica (H.U.C.), psicodramatista y analista junguiano en formación. Actualmente trabaja como psicoterapeuta y director de psicodrama en el Instituto Venezolano de Psicodrama.

Abstract

This article presents observations obtained through psycotherapeutical experience in work with sandplay as a psychodramatic setting. Three clinical examples are presented to illustrate the use of the technique. The conclusions are: 1) psyche needs to be considered as an internal theatre to understand the technique; 2) two possible psychoterapeutic positions can be displayed by the therapist during play, that is: one as a participating observer and another that is much more active and open; 3) sandplay provides an excellent psychodramatic scenario because of its flexibility and acceptance; 4) sandplay as a psychodramatic scenario is particularly useful in work with patients with psychotic disorders or with severe inhibitions in general; 5) sandplay has various limitations which include the therapist's dramatic capacities and adequate timing: 6) the consulting room must be adapted to the technique; 7) it is possible to develop the therapeutic intervention from the inner and subjective world of the patient beginning with the assigned role; 8) it allows for the incorporation of modelling as a therapeutic tool; 9) It is possible to explore personal relationships through sandplay; 10) any fantasy can be elaborated; 11) you can obtain a metaphoric image of the psyche through sandplay.

Introducción

El juego es el medio de comunicación en el tratamiento psicoterapéutico de niños con trastornos mentales. Melanie Klein (1964) lo incorpora formalmente al psicoanálisis y a la psicoterapia de los niños. El juego tal y como lo introduce Klein al psicoanálisis de niños es el vehículo de comunicación entre el paciente y el terapeuta siendo la metodología propuesta por ella una aplicación del psicoanálisis de adultos al psicoanálisis de niños. La labor del terapeuta al igual que en el análisis con los adultos es descubrir el material inconsciente subyacente a las asociaciones, pero no de las asociaciones verbales, tal y como lo había establecido Freud, sino a través de las asociaciones suscitadas a través del juego.

Independientemente de las críticas tanto a la teoría kleiniana como al psicoanálisis en general, no es posible negar que el gran aporte de Klein al campo de la psicoterapia y al tratamiento de niños, es que abre la posibilidad de realizar una intervención estrictamente psicoterapéutica con los niños, distinta a la intervención pedagógica, educativa o psicopedagógica, siendo el juego la vía para ello.

Uno de los más importantes recursos lúdicos para la psicoterapia es la caja de arena, en inglés sandplay, conocida y utilizada por psicoterapeutas de distintas orientaciones pero particularmente por aquellos que trabajan con niños. Sus orígenes se remontan hacia 1925 cuando una pediatra inglesa, la Dra. Margaret Lowenfeld la incorpora a la evaluación psiquiátrica de los niños (Stewart en C.G. Institute of San Francisco, 1981). Pero es hacia el año 1962 cuando la analista junguiana suiza Dora Kalff la presenta en un congreso internacional sobre psicología analítica como un procedimiento técnico para trabajar con niños y adultos. La caja de arena brinda la posibilidad de trabajar creativamente, utilizando la tercera dimensión de manera tal que es posible la integración del trabajo simbólico con el corporal (Ammann, 1991). Su utilidad radica en las posibilidades plásticas que se derivan del uso de la arena ampliando las posibilidades de juego. La experiencia ha demostrado que la caja de arena favorece la aparición de juegos proyectivos, regresivos y simbólicos gracias en primer lugar a la manipulación de la arena que estimula la actividad fantasiosa. En segundo lugar coloca al paciente en una situación parecida al jugar con arena en la playa o con tierra en la montaña, lo que convierte al juego en una experiencia espontánea, creativa y agradable.

Moreno (1993), creador del psicodrama, reconoce que las bases de su metodología están en el juego espontáneo de los niños. El niño posee una disposición dramática a representar roles, siendo esta la mejor manera para conocer e incorporar al mundo. El psicodrama debe sus inicios a los juegos dramáticos de Moreno, siendo adolescente, con los niños en los parques de Viena. Posteriormente gracias a su formación como actor y director de teatro, y finalmente como médico y psiquiatra, harán que surja la metodología psicodramática para el tratamiento de trastornos psiquiátricos a través del

grupo. El psicodrama es una metodología grupal en contraposición al movimiento psicoanalítico que proponía una psicoterapia individual. El grupo se encontraba para tratar en conjunto sus problemas a través del psicodrama. El psicodrama es una metodología fundamentada en la acción, donde lo importante es la representación dramática de la conflictiva personal o grupal. En lugar del relato de un problema, el mismo se actúa, siendo el paciente el protagonista, dirigido por un director el cual creará las distintas escenas asignando los distintos roles a los yo-auxiliares provenientes del grupo y en un escenario claramente definido donde transcurrirá la acción psicodramática. El psicodrama viene a ser una metodología lúdica muy compleja donde interviene un grupo de personas bajo la dirección de un director.

Es conveniente exponer a grandes rasgos las dos actitudes que el terapeuta puede tomar ante el juego de un niño. En primer lugar puede ser un observador más o menos participante o más o menos activo hacia la situación, pero en general sus intervenciones serán desde fuera de la situación lúdica, manteniéndose claramente en su rol de adulto-terapeuta. La actitud extrema de esta posición es la del terapeuta que no interviene en el juego del niño, sólo lo observa jugar, interpreta, en función de las asociaciones que el niño hace a través del juego para, al igual que en los adultos, señalar la resistencia, la defensa, el conflicto o la transferencia. Otra variación sobre esta posición es la del terapeuta que brinda con su actitud la contención suficiente para que el niño realice su juego que en muchos casos ha sido interferido por los otros. En general el terapeuta como observador participante, llamémoslo de esta forma, no interviene directamente en el juego del niño. Esta postura es sumamente válida y son muchos los casos que deben manejarse de esta forma. Lo que caracteriza esta actitud es el lugar desde donde el terapeuta hace sus intervenciones, esto es, desde fuera del juego del niño.

Pero existe otra actitud y es la que surge desde el psicodrama y que viene a enriquecer no sólo el trabajo psicoterapéutico con los niños a través del juego sino que abre otras potencialidades en el uso de la caja de arena. En esta postura el terapeuta interviene directamente en el juego personificando los roles que el niño asigne. Cuando esto ocurre el terapeuta debe, mediante el

reverso de roles, ser entrenado por el niño en las características, emociones y acciones del rol asignado. En el tratamiento análitico en grupo con niños a través del psicodrama, Anzieu (1961) propone un aspecto novedoso, la interpretación a través del rol, esto es, que la resistencia, la defensa o el conflicto no la interpreta el terapeuta desde fuera sino desde el discurso del rol que esté desempeñando en una representación dramática. Esto posee una importancia tremenda y es lamentable que Anzieu no lo desarrollara con más profundidad. Los psicodramatistas pueden entender esto con facilidad, pero quienes desconocen el método psicodramático y la concepción moreniana de la psique como teatro interno, les podría costar entenderlo, más aún si la labor analítica y psicoterapéutica está basada exclusivamente en el material verbal excluyendo lo no verbal. Para el psicodrama, y para la psicoterapia, el material no verbal y corporal posee la misma importancia que el material verbal.

Esta última actitud es especialmente útil en niños con problemas de conducta severos o con trastornos mentales muy graves o niños particularmente inhibidos.

La caja de arena es el escenario delimitado donde transcurrirán las distintas escenas, los personajes ausentes, ficticios o imaginarios que suelen representarse en psicodrama a través de los yo-auxiliares pero que aquí serán ahora asumidos por las diversas miniaturas, el paciente será el protagonista y el terapeuta será el director y yo-auxiliar de muchos personajes a través del juego que el niño planteará y que se convertirán en escenas psicodramáticas.

Para demostrar lo aquí planteado se presentarán tres casos. No se hará énfasis en los problemas diagnósticos ni tampoco se realizará una labor analítica del contenido del material presentado. Más bien se va a centrar el trabajo en la exposición de la metodología psicodramática dentro de un escenario definido claramente como lo es la caja de arena. Se transcribirá parte del material de algunas sesiones y se realizarán diversos comentarios con el fin de aclarar las motivaciones de la intervención psicoterapéutica así como las observaciones más resaltantes del material.

Caso 1

Este es un niño de 10 años quien va a iniciar un segundo tratamiento psicoterapéutico. El niño estaba siendo tratado por presentar una sintomatología psicótica, fundamentalmente de tipo catatónica.

Al llegar se muestra inhibido, hablando sin mayor alteración emocional y capaz de mantenerse parado la hora de la consulta en la misma posición. El tratamiento anterior había resultado muy eficaz ya que el niño estaba mucho mas comunicativo. Sin embargo, los juegos que realizaba eran estereotipados, rígidos, seleccionando juegos de mesa como memoria, dominó o cartas. El niño era muy parco al hablar, aportando poco material proyectivo. Para cuando el niño inicia el tratamiento la caja de arena no estaba disponible, pero yo seguía empleando el cajón de juguetes, el cual, durante las primeras ocho sesiones, el niño no utilizó a pesar de ser motivado en tal sentido. En la novena sesión incorporé la caja de arena al consultorio. Cuando entró al consultorio inmediatamente se acercó a ella y comenzó a jugar con la arena, dejándola correr por sus dedos. Por primera vez me preguntó algo distinto a las formalidades de los juegos anteriores. Preguntó de dónde saqué la arena, si era de playa o de montaña y cómo la traje al consultorio. Después tomó dos figuras humanas de circo, al domador de leones y al mago. Entregó el domador de leones e incorporó a los leones a quienes puso detrás del domador. A continuación se transcribirá el diálogo de esa sesión:

Paciente: ¿cuál quieres tú?

Terapeuta: El que tú me quieras dar.

P: (pensativo) yo creo que té quieres éste (el domador de leones... se queda mirando luego al mago y sin decir palabra se queda con él). Estos son tus leones, en cambio yo no tengo nada, pero tengo magia y puedo volar (inicia el vuelo del mago sobre la caja).

T: Indícame qué es lo que hace el domador (lo invito a que tome el domador de manera de conocer las características del rol. Esta técnica es conocida como reverso de roles).

P: (castigando con el látigo a los leones) Quietos, quietos, quietos.

Posteriormente se inició un juego donde yo poseía la fuerza y él la magia, pero su conducta no verbal me indicaba que él deseaba ser el domador; cuando le señalé esto insistió en que no podía jugar con el domador ya que era ese el que yo quería en tanto que él tenía que conformarse con ser el mago. En una sesión posterior, y continuando con la utilización de la caja de arena, el niño expresó que él debía siempre someterse a lo que los adultos indicaran.

Es innegable la riqueza y la contundencia del material aquí aportado. No es posible negar que la introducción de la caja de arena estimuló la aparición de este material. Un psicodramatista francés, Pierre Bour (1977) propone que la utilización de los cuatro elementos básicos, tierra, agua, aire y fuego, es imprescindible en el trabajo psicodramático con esquizofrénicos, ya que sirven de objetos intermediarios o catalizadores. A partir del juego planteado se abren multitud de interpretaciones o posibilidades de intervención psicoterapéutica. Con los juegos de mesa el niño buscaba una suerte de control sobre la sesión y sobre mi, pero no había encontrado la forma de señalarlo ya que su actitud paranoide podía intensificarse más aún teniendo en cuenta el cambio reciente de terapeuta. Pero a través del juego planteado las posibilidades de elaboración se abrieron.

Aquí se tiene entonces la caja de arena como objeto intermediario. Arena-tierra nos conecta a elementos primordiales y básicos de la naturaleza. Quizás es esta la razón de su aceptación y escaso rechazo.

Con este caso es posible extraer algunas observaciones. La caja de arena no genera rechazos, al menos hasta los momentos no he encontrado niño o adulto que se resista a utilizarla. En tal sentido es útil en el caso de niños retraídos o adolescentes para quienes sea muy difícil la comunicación verbal o adultos poco expresivos, inhibidos afectivamente o con una producción verbal y no verbal muy pobre. La caja de arena resulta atractiva aun cuando sólo sea para tocar y acariciar la arena.

En segundo lugar se hizo posible la exploración de las fantasías internas, de carácter persecutorio, gracias al juego dramático. En este sentido, la caja de arena utilizada como escenario psicodramático permite la elaboración de conductas muy regresivas o patológicas como las aquí planteadas.

Caso 2

Una niña de 4 años quien es referida por su maestra por agresividad, oposicionismo y negativismo desafiante empezó a utilizar la caja de arena desde el primer momento. Los juegos que establece poseen mucha cualidad dramática, es decir, son juegos en acción donde los personajes dialogan mientras transcurre una situación determinada. La paciente asigna los roles. Ella siempre es la madre y yo su hijo, a través de las miniaturas que va tomando, unas veces humanas otras con animales y en diversas situaciones circunscritas al hogar.

Antes de continuar es conveniente recordar que cada vez que se inicia un juego se motiva al paciente para que asigne y describa los roles. A través del reverso de roles el terapeuta conoce las características del rol que debe desempeñar. En el caso de esta niña esto ocurría sin necesidad de solicitarlo.

La madre siempre regaña y reprende al hijo por las más diversas circunstancias. A veces la madre se ocupa de su hijo pero siempre manteniendo una actitud de control y poder. La niña no plantea situaciones donde ella sea cariñosa o afectuosa con su hijo y en función de eso hago la intervención. Por un lado permito que la niña sea lo más expresiva posible con su juego ya que muy posiblemente esté repitiendo lo que ella vive en su propio hogar, por lo que pasivamente acato sus órdenes y me someto a su castigo. De esta forma me introduzco en el teatro interno de la niña de manera de esperar el momento para la intervención, cosa que ocurrió en esta sesión.

Paciente: No debes seguir portándote mal, siempre estás tirando las cosas al piso así que te vas para tu cuarto.

Terapeuta: Pero mamá no me siento bien, me siento muy mal porque siempre me estás regañando y castigando.

P: Pues sí, eso es lo que te mereces, que te castigue porque te portas muy mal.

T: ¿Pero cuándo me vas a tratar bien? (señalamiento desde el rol)

P: Nunca.

- T: Mamá quisiera saber si me quieres.
- P: Sí te quiero (molesta).
- T: Entonces cuándo me vas a mostrar que me quieres (señalamiento desde el rol).
- P: No sé (la niña me mira confundida y se mantiene unos segundos observando la caja).

La sesión transcurrirá más agresiva que nunca y los castigos serán más severos. La niña en el rol de la madre le grita a su hijo y lo obliga a irse a la cama. La agresividad llegó a niveles de maltrato físico y yo, como niño, sólo lloraba y le decía que no merecía tales castigos aun cuando me hubiese portado mal.

La vía de la interpretación analítica tradicional o de la postura del observador participante implicaría que el terapeuta se saliese por un momento del juego e hiciese los señalamientos correspondientes. Pero si la interpretación es desde adentro del juego y a través del rol entonces sería como lo que ocurrió en la siguiente sesión.

Paciente: Ahora te voy a cocinar una arepitas.

Terapeuta: Que bueno mamá, tú sabes que me gustan mucho las arepas.

P: (cocina con la arena, con un poquito de agua que me había pedido hace una masa y posteriormente las arepas) Ahora cómete las arepas.

- T: Qué rico mamá (el niño come con gusto).
- P: Ahora come más, más y más (la madre comienza a darle muchas arepas al niño y su actitud es claramente de rabia y agresividad).
- T: Pero mamá me estás dando más comida de la que puedo comer (señalamiento), yo creo que tu quieres llenarme de comida porque no sabes darme cariño (interpretación desde el rol).
- P: No hijo tu no sabes nada (y comienza a tirarme juguetes, rompiendo claramente con el desarrollo del juego).
- T: Ahora te portas como una niña que está buscando que la regañen.

P: (ríe mientras me arroja los juguetes buscando hacerme daño).

T: (detengo su conducta) a mí no me gusta que me arrojen cosas y me hagan daño, pero tal parece que tú buscas que te regañen (utilizar la primera persona es mantenerme dentro del rol, sólo que ahora la escena cambió y los personajes se invirtieron, salimos de la caja de arena y entramos en la situación transferencial, pero el drama interno continúa).

Con el *acting in* se invierte la relación que se venía planteando en el juego. Las angustias aparecen disfrazadas de agresividad.

En la siguiente sesión se plantea el mismo juego, es decir ella la madre y yo el hijo, pero en un momento de la sesión ocurre lo siguiente:

Paciente: A este niño hay que llevarlo al médico porque se enfermó (toma un bebé e introduce al médico en el juego). Hay que ver qué es lo que tiene (coloca al niño en una camilla y busca una inyectadora). A ver niño (desde el rol del médico) no te va a doler (le pone la inyección). Ya te puedes ir con tu mamá.

La aparición del médico, el tema de la enfermedad y la preocupación por el bebé apuntan hacia otra actitud mucho más favorable no sólo por la disminución de la agresividad sino por la aparición del tema de la enfermedad, el cual suele encubrir problemáticas de tipo depresivo.

Con este mismo caso (trabajado exclusivamente a través de la caja de arena) es posible ejemplificar dos observaciones más. En primer lugar se hablará de la importancia del modelaje a través del juego. Posteriormente veremos que la caja de arena, como buen escenario psicodramático, posee múltiples y muy variadas posibilidades de representación.

En una sesión posterior, la niña me pide que ahora yo sea la madre y ella la hija. Esto no sólo representa un avance importante sino además una excelente oportunidad para el entrenamiento en un rol, lo cual es sólo posible a través del modelaje. En un grupo psicodramático no hay cabida para los consejos ni la sugerencias, en su lugar es común decir "no le digas lo que debe hacer..., muéstraselo..., hazlo". Veamos:

Paciente: Yo no me siento bien mamá (hace ruidos de bebé que se siente mal así como movimientos de desagrado).

Terapeuta: A ver hijita, ven para acá (con mucho cariño tomo el bebé y lo acaricio, lo cargo y le hablo amorosamente).

P: (hace ruidos de bebé contento y satisfecho, ríe y mira muy atentamente a la madre).

Gracias al modelaje es posible que la niña incorpore conductas que son necesarias o positivas para su desarrollo. Esto sólo será posible si el terapeuta posee las conductas que debe modelar. Un modelaje artificial o emocionalmente desconectado no tendrá ninguna eficacia terapéutica.

El otro aspecto a ejemplificar se relaciona con el hecho de que el escenario psicodramático brinda posibilidades infinitas de representación. Casi todo puede ser representado dramáticamente. Se finaliza la presentación de este caso describiendo una escena con la caja de arena. Los temas orales y maternos ocuparon el centro del tratamiento con esta paciente. En una ocasión la niña comenzó a comer lo que había preparado, la caja de arena se transformó en su estómago introduciendo muchos juguetes que representaban los alimentos que estaba ingiriendo. De esta forma se hizo posible la exploración directa de la problemática oral de la paciente.

Caso 3

La dinámica familiar también puede ser explorada en la caja de arena. Un niño de 6 años toma la caja de arena en su primera consulta dando inicio a un juego donde aparecían personajes de tiras cómicas y miembros de su familia. Según la anamnesis, el niño es hijo único. Sin embargo en el juego el niño se representaba jugando con sus hermanos. Dado que es la primera consulta decido explorar su genitograma. Una vez que el niño finaliza el juego vaciamos la caja de arena de los objetos. Le pido que me explique cómo es su familia, pero utilizando los juguetes para representar a los miembros. La selección de figuras para representar a los miembros de su familia resultó de

una inmensa riqueza, no menos las acciones que el niño hace al respecto. Se describirá lo que considero más representativo:

El niño toma dos animales para representar a sus dos hermanos que son los hijos de la esposa del papá. Escoge una mujer para representar a la mamá y a un soldado para representar al papá. El soldado posee una pistola que apunta hacia al frente. Coloca a la madre al lado del soldado-papá el cual apunta con su pistola a la madre. Esta situación causa mucha risa al niño, quien posteriormente hace que el soldado le dispare a la madre. Los hermanos-animales (incluyéndolo a él) se van. La madre no muere, queda en medio de la caja en actitud desafiante. El niño selecciona entre los juguetes un ataúd egipcio, lo toma e intenta introducir a la madre en el mismo. Como la mujer-madre es más grande que el ataúd la sustituye por otra mujer más pequeña a la que introduce en el ataúd; la coloca en el medio, la entierra en el fondo de la caja. No bastando con esto, toma todos lo juguetes y los coloca encima de la arena que tapa al ataúd. Una vez terminado esto me dice: "ya terminé, por fin se murió".

Esta representación se inició con una exploración sociométrica (diagrama sociométrico familiar) de la familia utilizando los juguetes. Esta actividad brinda mucha información, pero luego llega a darse una acción que evidencia más aún la conflictiva interna del niño.

La sociometría (Moreno, 1972) es la medición de las relaciones interpersonales tanto en un grupo como en un individuo. Esto se logra a través de los tests sociométricos que usualmente se hacen con papel y lápiz y siguiendo unos criterios determinados. En lugar de papel y lápiz utilizamos la caja de arena para plasmar las relaciones, dando la oportunidad de que el paciente brinde una imagen subjetiva de su familia y, en general, de sus relaciones a través de las posibilidades proyectivas que brinda la libre escogencia de las miniaturas.

Conclusiones

Se resumirán a continuación los planteamientos efectuados, con el fin de extraer algunas conclusiones:

Es necesario considerar a la psique como un teatro interno, como un escenario psicodramático donde los personajes se objetivizan a través de los juguetes, figuras o imágenes y a través de la acción e interacción dramática. Esta actitud es necesaria para aproximarse a la psique a través de la caja de arena. Esto implica necesariamente un paralelo entre el mundo interno y el mundo externo. No es posible separar uno del otro, siendo necesario olvidar la escisión entre ambos mundos.

Existen dos posturas terapéuticas ante el teatro interno del paciente. La una como observador participante donde el terapeuta interviene desde su rol de observador. En la otra mucho más activa, la actitud del terapeuta debe estar dispuesta a la acción dramática, ser capaz de incorporar el material no verbal y corporal al material verbal e intervenir desde adentro de la acción dramática como yo auxiliar desde el rol asignado.

La caja de arena surge como un recurso para delimitar de manera práctica el escenario para la acción psicodramática.

La utilidad terapéutica se amplía con la experiencia. Surge como recurso casi indispensable para el tratamiento con pacientes psicóticos, inhibidos o que en general no se ajusten a un trabajo simbólico tradicional o en quienes no puedan utilizarse los recursos expresivos tradicionales.

La caja de arena es un recurso técnico que posee limitaciones, unas dependerán de las posibilidades expresivas del terapeuta y las otras de la adecuación según el momento y el paciente. En algunos pacientes, usualmente niños será el recurso más importante, en otros su inclusión será ocasional.

La única limitación práctica de importancia tiene que ver con las características del consultorio. En el caso de quienes atiendan niños, la caja de arena debe estar en un sitio susceptible de ser ensuciado ya que los niños muy expansivos o agresivos pueden derramarla al piso.

Mediante la acción dramática y el juego de roles que se suscita en la caja de arena, el terapeuta puede intervenir en cualesquiera de los niveles (exploración, confrontación o interpretación, entre otros) a través de los roles que esté desempeñando. De esta forma la intervención la estará realizando desde el mundo interno del paciente.

El modelaje surge como recurso terapéutico en el caso de pacientes que no tengan internalizadas algunas conductas positivas.

Es posible realizar una exploración sociométrica, es decir, del estado de las relaciones interpersonales del paciente, utilizando la caja de arena y las miniaturas como test sociométrico. La dinámica familiar también puede ser explorada de esta forma lo que proporciona gran material proyectivo.

Cualquier fantasía puede ser explorada en la caja de arena que como buen escenario psicodramático no le proporciona límites a la imaginación.

Es posible que la caja de arena pueda ser el método de trabajo más importante en el caso de los terapeutas que trabajan con niños ya que el método de intervención es a través del juego.

A través de la caja de arena se obtiene una *fotografía* metafórica de la dinámica interna o de la vida psíquica de los pacientes.

Bibliografía

Amman, R. (1991). Healing and Transformation in Sandplay. Illinois: Open Court.

Anzieu, D. (1961). El Psicodrama Analítico en el Niño. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Bour, P. (1977). El Psicodrama y la Vida. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

C.G. Jung Institute of San Francisco. (1981). Sandplay Studies. San Francisco: C.G. Jung Institute Of San Francisco.

La caja de arena como escenario psicodramático...

Klein. M. (1964). El psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Ed. Hormé.

Moreno, J. L. (1993). Psicodrama. Buenos Aires: Ed. Hormé.

Moreno, J. L. (1972). *Fundamentos de la Sociometría*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2ª ed.

Contribuciones

Grafología contemporánea: el análisis de la escritura una prueba psicológica

Gustavo Peña T. y Oly Negrón C.1

Resumen

En el presente trabajo se indica una manera de conceptualizar el estudio del valor sintomático de los aspectos de la escritura a modo de prueba psicológica; concretamente, se designa el estudio de la psicología de la escritura, la grafología contemporánea, como una prueba gráfica de personalidad. Esto constituye una vía para el avenimiento de los asertos de la grafología tradicional y la psicología, facilitando el aprovechamiento, por parte de la psicología, del conocimiento atesorado durante años por los grafólogos. Además, en apoyo a esta proposición, se detallan algunos estudios de corte psicométrico, los cuales arguyen a favor de la validez, en relación a pruebas psicológicas reconocidas (como el Rorschach, MMPI y 1 6PF de Cattel), del uso de la interpretación de la escritura como un medio eficaz para el análisis de la personalidad.

¹ El profesor Gustavo Peña Torbay es Licenciado (UCAB), Magister (USB) y Doctor (UCV) en Psicología, así como Diplomado en Grafología (IUBTP: Madrid, España). Especializado en Metodología de la Investigación en Ciencias del Comportamiento y Psicometría. Docente en estadística, psicometría, metodología de la investigación y psicología experimental, a nivel de pre y postgrado, en diversas universidades e institutos de educación superior del área metropolitana de Caracas (UCAB, UCV, USB, UNIMET e IVAL) y, actualmente, se desempeña como director de la Escuela de Psicología de la UCAB. Dir/elect: gpena@ucab.edu.ve
La profesora Oly Negrón Cermeño, es Licenciada en Psicología (UCAB) y Especialista en

[.]La profesora Oly Negrón Cermeño es Licenciada en Psicología (UCAB) y Especialista en Psicología Clínica (Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo). Especializada en Métodos de Evaluación de la Personalidad, en contexto clínico y organizacional. Docente en Técnicas Proyectivas y Pruebas Gráficas, a nivel de pre y postgrado (UCAB, CIEPI). Dir/elect: rohon@tecel.net

Abstract

A new way of defining the study of the symptomatic value of different aspects of handwriting as a psychological test is presented. Specifically, the study of handwriting, modern graphology, is defined as a graphic personality test. This offers a possibility of combining graphology and psychology, and of using the knowledge generated during years of work by graphologists. In addition to this proposal, some psychometric studies that support the validity of the interpretation of handwriting as an efficient tool for the analysis of personality in relation to other known psychological tests (such as Rorschach, MMPI, and Cattell's 16 PF) are shown.

Sin duda, la *grafología* tiene una larga historia, como muestra, Wolfson (1951/1978) señala que "ya en el siglo II, Tranquilius hace notar las peculiaridades que presenta la manera de escribir de Octavio Augusto" (p.471). En el mismo sentido, Rice (1927/1996) indica que en las obras de Aristóteles, Dionisio de Halicarnaso, entre otros clásicos, hay múltiples citas relacionadas con el valor sintomático de la escritura.

Pero, de forma concreta, el primer tratado específico relacionado con el análisis de la escritura parece ser el de Camilo Baldo, profesor de Filosofía de la Universidad de Bolonia, quien escribió, en 1622, en Capri (Italia), el *Trattato come de una lettera missiva si cognoscano la natura e qualità dello scrittore*; en la misma época Marco Aurelio Severinus, un anatomista y cirujano, escribe un libro similar llamado *Vaticinador*, *sive Tractatus de divinatiore litterali: de divinatione epistolaria* (Crépieux-Jamin, 1930/1967).

Posteriormente aparecieron otros trabajos que pueden entenderse como antecedentes del criterio más específico de la invención del término *grafología*, el cual está representado por la fundación en 1871 de la Société de Graphologie por parte del abate Juan Hipólito Michon, quien posteriormente publicaría los textos *Système* y *Méthode practique* en los que emplea abiertamente el vocablo (Ras, 1951).

Ahora, es importante destacar que tanto los antecedentes como el origen mismo de la *grafología* no están vinculados de modo directo con la *psicología*; por el contrario, su desarrollo se suele asociar más bien con una diversidad de otras fuentes de conocimiento, entre ellas el *ocultismo*, lo cual explica la imagen que tiene entre algunos psicólogos.

Como indica Bell (1948/1980), hablando precisamente de la percepción de la grafología en el contexto de los psicólogos norteamericanos durante la primera mitad del siglo XX,

La desconfianza con que se encaró originariamente el empleo de la escritura para el diagnóstico de la personalidad, se debió en gran parte a una falsa interpretación y concomitante descrédito surgidos en este campo gracias a los grafólogos 'en boga', cuya abierta propaganda sobre su arte no profesional, publicada en diarios y revistas baratas, los sindicó en comunidad con los 'lectores de café' y los quirománticos. (p.147)

En la actualidad siguen existiendo estos equívocos, al menos eso nos dice el reconocido grafólogo español Mauricio Xandró (1994), quien declara

Constantemente oímos o leemos opiniones sobre la Grafología. Tan pronto dicen es una panacea sorprendente y maravillosa, de posibilidades ilimitadas, como se la pone al nivel de la nigromancia y la charlatanería, o se cita de forma equívoca, como un modo o manera intuitiva y bastarda de descubrir la personalidad. (p.143)

Dada esta relación inconveniente y a fin de evitar el descrédito consecuente, algunos autores han preferido prescindir del término original, proponiendo el de *grafoanálisis* (Vels, 1961). La entidad oficial más conocida en este sentido es la International Graphoanalysis Society, con sede en Chicago (IL., USA), responsable de la edición del Journal of Graphoanalysis: world voice of scientific Handwriting Analysis.

De cualquier forma, el punto relevante es que tanto la *grafología* como el *grafoanálisis* se presentan a modo de alternativas independientes de la psicología; como unos y otros suelen decir, ellas serían una *ciencia* dedicada al análisis de la escritura, con sus leyes, método, clasificación y técnica propia.

Ejemplo reciente de esta posición la encontramos en Moracchini (1995), para quien "la grafología es una ciencia –y un arte– que permite conocer la personalidad de un individuo gracias al estudio de su escritura" (p.9). Igualmente, Branston (1995) apunta, al mencionar la relación entre psicología y grafología, "junto con el estudio y la práctica del análisis de la escritura, necesitará [el practicante] al menos unas nociones básicas de psicología. Gracias a la combinación de ambas disciplinas será capaz de realizar un retrato complejo y objetivo de la personalidad" (p.12).

Este planteamiento luce muy exagerado, la grafología no puede aspirar actualmente al calificativo de disciplina, en sí misma representa únicamente una técnica, los intentos hechos por diversos autores, entre ellos el insigne Ludwig Klages (1934/1965, 1936/1972), para extenderla hasta conformar una teoría personológica han sido en el fondo infructuosos (Stagner, 1961/1974; Pervin, 1996/1998; Pueyo, 1997).

Pero, lo que si ha logrado la *grafología* es mostrar que puede entenderse como una herramienta del diagnóstico psicológico, es decir, como un procedimiento para la obtención e interpretación de elementos de la conducta, los cuales interpretados a la luz de alguna formulación psicológica válida permiten construir una imagen eficaz de la personalidad.

Esta proposición no es novedosa, ni tampoco una creación personal, ya en 1951 Matilde Ras indicaba que "la grafología es el estudio que tiene por objeto el conocimiento de la personalidad por medio del examen de la escritura manuscrita. Está clasificada como una rama tardía de la psicología experimental" (p.127).

En este mismo sentido, Ewald Bohm, en su conocida obra *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach* (1953/1977), aporta un esquema integrador de los *puntos de ataque de los distintos tests de personalidad* (p.399). En este

cuadro se puede ver claramente que la grafología ocupa un puesto destacado entre otras pruebas psicológicas para la evaluación de la personalidad; concretamente, el autor al comentar su cuadro indica que "la Grafología se halla al final de la esfera de expresión; está, por así decir, en la etapa final de las vías de acción (los movimientos expresivos son llevados al papel)" (p.400).

Igualmente, la condición de prueba psicológica es asignada a la grafología por autores reconocidos en el contexto del psicodiagnóstico, como H. Anderson y G. Anderson (Eds) (*Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*, 1951/1978), al concederle un capítulo al tema, *La grafología*, escrito por Rose Wolfson. Asimismo, John Bell (*Técnicas proyectivas: exploración de la dinámica de la personalidad*, 1948/1980), también dedica un capítulo, *El análisis de la escritura*, a la grafología.

Otros autores, como Enmanuel Hammer (*Tests proyectivos gráficos*, 1958 /1989), si bien no consagra un capítulo específico a la grafología, lo hace en relación a otras pruebas gráficas, como el *Test de la figura humana* y el *Test de la casa-árbol-persona*, por citar sólo dos que resultan, en muchos sentidos, hermanos de la grafología; además, reconocen en distintas oportunidades la valía de esta herramienta en el análisis psicológico y sugieren su uso en una batería de pruebas. Por su parte, Karl Koch, en *El test del árbol* (1957/1962), puntualiza, "la grafología ha demostrado a la perfección cómo una expresión personal puede entrar en la estructura de la letra y ser interpretada a través de ella" (p.134), indicando de este modo la valía de esta técnica como herramienta en el diagnóstico psicológico.

Por tanto, es menester reconocer que la grafología es bien entendida como una prueba psicológica. Además, podemos precisar que conviene ubicarla entre las herramientas que pertenecen al capítulo de las *técnicas gráficas*. Y, finalmente, sería mejor tratar de distinguir esta forma de entender a la grafología, como prueba gráfica, de la que podemos llamar tradicional; para esto último, sugerimos el término *grafología contemporánea*.

Concretamente, el objetivo de la *grafología contemporánea* sería el estudio del valor sintomático de los aspectos de la escritura desde el punto de vista de la psicología, lo que Wolfson (1951/1978) llama "el *enfoque psicológico*

... en cuanto el psicólogo estudia la escritura para descubrir indicios acerca de la personalidad del que ha escrito" (p.475).

Habiendo aclarado que la grafología puede entenderse como una parte de los tests gráficos, ahora encontramos que la psicología no es un bloque unitario, al contrario se puede definir mejor como un conjunto heterogéneo de enfoques (Leahhey, 1997; Brennan, 1998); como dicen Mayor y Pérez (1989), "la diversidad sigue siendo el dato indiscutible desde una perspectiva histórica y pragmática, desde la sociología de la psicología e, incluso, desde la psicología de la psicología de la psicología." (p.60).

Dado esto debemos especificar, necesariamente, un modelo concreto a los fines de asumir lo psicológico, el cual permita, por una parte, una adecuada interpretación del fenómeno gráfico como reflejo de la individualidad y, por la otra, una relación conveniente con los valiosos hallazgos encontrados en la grafología tradicional.

En busca de esta formulación es adecuado señalar que, para Roca (1998), "la tesis que adoptaron Kantor y Ribes para la redefinición de la psicología enfatiza el carácter comportamental de la mente y de los fenómenos psicológicos. Se podrían resumir sus aportaciones en una frase: la mente es acción" (p.45). Aun más, *la vida entera es movimiento* (Roca, 1997) e, igualmente, se puede decir que "la psique o la mente también es movimiento" (Roca, 1998, p.47).

Partiendo de esta posición inicial se concluye que la psicología tendría por objeto de estudio general *el movimiento* y que, dado esto, sería una ciencia *funcional*. Esto último implica (Roca, 1998) que la psicología:

- Asume con plenitud el carácter móvil de lo natural, es decir el carácter dinámico de los fenómenos.
- Da cuenta de los cambios cuantitativos; procura establecer leyes que refieren los cambios y que tienen que ver con el aumento o disminución en cualquier medida de un determinado fenómeno.

- Además, procura igualmente atender a los cambios en evolución; es decir a la generación, mantenimiento y desaparición de las formas concretas de movimiento que estudia.
- Finalmente, reconoce el carácter relacional e interdependiente de los fenómenos; los eventos están interrelacionados, no son inconexos. Por ello, hay que dar respuesta a esta interdependencia que da cuenta del funcionamiento integrado de todos los comportamientos.

Siguiendo esta línea, podemos ahondar en la idea asumiendo que "el término conducta cuando se aplica al nivel de los acontecimientos psicológicos tiene que definirse como la interacción del organismo, como un todo, con su entorno físico-químico, biológico y social" (Roca, 1993, p.17).

Además, a fin de extender esta noción vale el texto de Yela (1989),

La conducta humana es *acción significativa en el mundo*. Significativa para el sujeto, es decir, subjetiva y mental. En el mundo espacio-temporal, es decir, *físicamente real*. La conducta como acción es a la vez un hecho psicofísico y un suceso con sentido. Los fenómenos *conscientes, subjetivos y mentales* son características de la acción *significativa*, que es físicamente real. Los fenómenos *físicos, orgánicos y fisiológicos* son características de la acción física, que es realmente significativa. (p.77)

Podemos ir aun un poco más allá, para ello un texto clásico, de Wolff y Precker (1951/1978), "la personalidad no solo funciona en el espacio, también funciona en el tiempo. Consiste en una relación dinámica entre el organismo y su ambiente interno y externo, cuyo nexo es el individuo que despliega unidad, consistencia y continuidad" (p.515).

En palabras anteriores de Holt (1915), la personalidad se expresa en "la acción emprendida por el cuerpo, o aquella que está preparando para emprender (tendencias motoras) con respecto a los objetos, relaciones o acontecimientos de su ambiente" (p.94).

Ahora, si la conducta humana es movimiento significativo ¿cómo es posible capturarla?, en otras palabras, ¿cuál sería la mejor vía para la aprehensión del comportamiento?

Pues bien, aquella que de pie a una mejor representación del estilo peculiar del movimiento de cada individuo, es decir, la técnica en cuestión debe facilitar la expresión natural e individual del sujeto dentro de cánones típicos que permitan su interpretación; así, lo conveniente es aquel "movimiento que tiene rasgos lo suficientemente distintos como para diferenciar a un individuo de otro" (Allport y Vernon, 1933, c.p. Wolfson, 1951/1978, p.476),

Esto implica que tal movimiento satisfaga los siguientes requisitos:

Neuropsicológicos:

- · Amplia representación cortical sensorio/motora
- Íntima relación con la representación verbal
- Riqueza y diferenciación de los planos musculares estriados implicados
- Gran plasticidad

Metodológicos:

- Patrones típicos de entrenamiento, diferenciables individualmente
- · Estabilidad intra/individual
- · Relevancia social

Puestos a revisar no se haya un movimiento que llene mejor esta caracterización que *la escritura*. Como indica Klages, "la vida interior se revela en los *movimientos* del sujeto y en las huellas que ellos dejan" (1934/1965, p.14) y, por otra parte, "la escritura es el resultado concreto y permanente del movimiento gráfico personal" (1936/1972, p.13)

Aunado a esto, la escritura tiene una gran ventaja metodológica, como indicara Janet (1928, c.p. Ras, 1968, p.20):

La nueva psicología es, ante todo, una psicología de la acción, una psicología del comportamiento y una psicología de la conducta [...] para estudiar los actos

hay una gran dificultad, que existe aquí como en todas las ciencias: la dificultad que aporta el transcurso del tiempo. Un acto es algo pasajero y frágil, que dura unos segundos y después ya no existe más que en nuestra memoria [...] con la escritura disponemos de un admirable instrumento de fijación, de inmovilización del tiempo; un acto que toma de sí mismo su propio gráfico; un acto que se registra mientras se realiza.

Una vez aclarado que el indicador elegido como elemento de estudio será la escritura, no basta con meramente nombrarla, hay que definirla. Para ello, primeramente, se puede decir que topográficamente la escritura tiene que ver con los modos mediante los cuales figuramos la *palabra* valiéndonos de signos convencionales.

Desde una perspectiva neuropsicológica, en palabras Alberto de Rochental (s.f., c.p. Ras, 1968, p.19), "la escritura es una representación casi fotográfica de los movimientos cerebrales y nerviosos" y ella queda entendida, más extensamente, en la definición de la *grafología* aportada por Müller-Freiemfels (1946)

La grafología es una actividad basada en el estudio de las formas de dirección y de las propiedades formales de los movimientos, reguladas por las leyes generales de la psicomotricidad [...] la grafología no ha tenido una base *científica* hasta que se ha demostrado, de modo incuestionable, que los movimientos que presiden la ejecución de las letras están sujetos a idénticas leyes psicológicas que todos los movimientos de expresión. (p.18)

Por tanto, la mano no es quien escribe, el órgano de la escritura es el cerebro, la mano funge meramente de instrumento eficaz (Gille-Maisani, 1991).

Por ello podemos afirmar, usando las palabras de Vels (1991), "la escritura manuscrita es una gráfica motriz o registro gráfico de una serie de movimientos con un contenido intencional o manifiesto y un contenido latente" (p.29).

Finalmente, desde una perspectiva psicológica debemos empezar asumiendo que quien escribe es el individuo como un todo y, a partir de esta idea, podemos definir a la *escritura* como el registro permanente de un movimiento expresivo dependiente de un proceso de integración neuropsicológico, con una relevancia lo suficientemente grande como para permitir la integración de una imagen válida y confiable del estilo típico del sujeto.

Estas ideas en relación a la *escritura* se pueden concretar mediante en un conjunto de tres (3) supuestos y de, igualmente, tres (3) corolarios, enunciados en el sentido que indica Bell (1948/1980, p.147-148):

Supuestos: la escritura

- No es simplemente un movimiento manual periférico. Es una actividad de la totalidad del individuo, sujeta a la unicidad comportamental y reflejo de la integridad psicológica de la cual depende.
- Si bien conserva vestigios del entrenamiento caligráfico, es un movimiento singular, del cual resultan productos gráficos que tienen una inconfundible peculiaridad.
- Es una elaboración dinámica, discernible en aspectos y componentes, los cuales tienen un valor sintomático; el significado de la escritura, como la del comportamiento en general, depende de la interacción del valor de los diferentes componentes que coexisten en un momento dado.

Corolarios:

- Las variaciones en la integridad del comportamiento se manifiestan en todas sus expresiones y de suyo de modo preferente en la escritura.
- La interpretación de la escritura se rige por una regla básica, *la percepción intuitiva del total con control científico de los componentes* (Bohm, 1977).
- La validación del significado de los componentes no puede hacerse mediante su relación con construcciones verbales que muestran una gran consistencia interna pero guardan poca relación punto a punto con la conducta concreta; por lo tanto, la vía más adecuada es mediante el estudio de la covariación de los componentes de la escritura con expresiones conductuales específicas.

El último de los tres (3) corolarios es de suma importancia en lo metodológico, ya que facilita el establecimiento de una modalidad efectiva a fin de corroborar la certidumbre de los asertos de la *grafología*, es decir, permite ordenar una estrategia orientada a la validación del posible significado psicológico, el valor sintomático, de los diferentes aspectos y elementos de la escritura.

La trascendencia de esta estrategia es muy grande en vista de que permite superar en buena medida las restricciones que, tradicionalmente, se habían encontrado al momento de pretender justificar las afirmaciones de los grafólogos con base en los tests psicológicos.

Estas limitaciones se derivan, fundamentalmente, de la diversidad de significados atribuidos al lenguaje técnico tanto a nivel de la grafología como de la psicología, lo cual se traduce en que, por lo común, las mismas palabras son asumidas de modo muy diferente, dificultando la localización de semejanzas; como dice Gille-Maisani (1991, p.16) al referirse al tema

Se ha cuidado de modo especial el vocabulario. Para designar características de la escritura, hemos adoptado naturalmente la terminología minuciosamente elaborada por Crépieux-Jamin, terminología que constituye el bien común de los grafólogos de habla francesa. Cuando excepcionalmente se toma una palabra en un sentido diferente a la acepción que tiene en Jamin, lo indicamos explícitamente. (p.15)

El vocabulario psicológico plantea problemas más delicados. En efecto, a medida que se desarrollan las disciplinas psicológicas, utilizan vocabularios técnicos cuyas palabras tienen un sentido especial, diferente de su sentido en el lenguaje corriente, sentido que sólo puede precisarse a costa de largas explicaciones. (p. 16)

El procedimiento sugerido en este tercer corolario implica buscar en qué medida covarían los aspectos y elementos de la escritura con el modo de responder a los ítems particulares que contienen los tests psicológicos, antes que medir cuánto se asocia la escritura con las puntuaciones globales en las pruebas.

Esta técnica está descrita inicialmente en el trabajo de Wolfson (1951/1970). Al comentar los resultados favorables de un trabajo de validación de la grafología realizado por Eysenck, en 1945, con 50 pacientes neuróticos, donde los sujetos llenaron un cuestionario que consistía en una serie de ítems destinados a que ellos se auto-clasificaran en cuanto a una serie de rasgos definidos por Eysenck, la autora señala

A pesar de que los resultados de este estudio tienen un carácter positivo para la grafología, nosotros opinamos que lo principal en él, tanto para la grafología como para la psicología, son las consecuencias que se pueden extraer del cuestionario cuidadosamente preparado que se empleó. Si analizamos las preguntas a las que con mayor fortuna respondió el grafólogo, hallaremos sugerencias interesantes respecto a las áreas y niveles de funcionamiento en que la grafología puede tener más éxito. (p.480)

Otra dificultad frecuente en los estudios de validación de la grafología se encuentra en que la integración de la información parcelada que arroja cada uno de los indicadores redunda en un todo sumamente complejo, cuyo grado de covariación no es factible medirlo adecuadamente mediante coeficientes de correlación simple, lo cual ha sido lo habitual. Para capturar en alguna medida el significado de estas constelaciones se debe recurrir a modelos estructurales que se resuelven mediante recursos de la estadística multivariada, de lo cual es un ejemplo sencillo el análisis mediante Regresión Múltiple.

Teniendo en cuenta estas consideraciones se explica, como ya se indicó, buena parte de las bajas, aun cuando significativas, asociaciones que habitualmente se encuentran entre el significado que se le atribuye a los aspectos y elementos de la escritura y los resultados de las escalas psicológicas.

A continuación, con la idea de ejemplificar el modo de estudiar la validez de los asertos del *análisis de la escritura* en el contexto de la *grafología contemporánea*, se indicarán algunos resultados de los estudios de verificación del valor sintomático de aspectos y elementos de la letra, llevados a cabo bajo

las premisas antes indicadas, que hemos desarrollado a nivel personal o en los cuales hemos participado como tutores.

Pero, antes de indicar los resultados, vale comentar algunos aspectos de corte técnico. Primero, el procedimiento general a nivel metodológico se corresponde con una forma de validación de constructo, correlación con otros tests, bajo la forma de validez convergente y divergente (Nunnally y Bernstein, 1994/1995), dentro de un estilo en algo similar a la técnica de Estudios G de Cronbach (Martínez, 1995); en la cual se espera que, efectivamente, algunos ítems guarden asociación directa, otros indirecta y, finalmente, otros más bien nula con el término a explicar.

Segundo, en todos los casos que se comentan de seguido, la valoración grafológica, es decir, el análisis de la escritura, se realizó mediante la técnica recomendada por Vels (1961, 1970, 1972), usando para ello su *cuadro sinóptico de signos gráficos*. Igualmente, desde el punto de vista de la metodología en grafología, estos estudios se corresponden con lo que Willians, Ver-Gross y Berg-Gross (1977) llaman *método de Ordenación o Clasificación* (p.2391), en el cual se evalúan numéricamente los aspectos grafológicos y luego se asocian con criterios de pruebas psicológicas que midan el rasgo implicado en el posible valor sintomático del aspecto de la escritura en cuestión.

Ahora sí, para comenzar, un trabajo con una muestra de 300 estudiantes universitarios, a los cuales se les aplicó como test psicológico el MMPI(1) y a partir de los resultados obtenidos en el análisis grafológico se le asignó, a cada individuo, un valor indicativo de su nivel de introversión; este último dato serviría de variable a predecir o explicar y los ítems del MMPI(1) de predictores.

Según Vels (1972) los introvertidos "se repliegan sobre sí mismo o se centra en un trabajo en el cual pasa inobservado ... se rodean de la intimidad de objetos agradables ... son, en general, poco luchadores y poco prácticos y no muy osados en las empresas" (p.398-399). Además, para la estimación del el indicador de introversión se consideran la "retracción, desplazamiento hacia la izquierda y contención" (Simón, 1997, p.55) de la escritura.

Hechos los cálculos, mediante la Regresión Múltiple paso a paso se identificaron aquellos reactivos del test que contribuían de modo significativo (p<0.05) a la explicación del puntaje en introversión. Los resultados se muestran en la Tabla 1, del lado izquierdo aquellos ítems que aportan de modo directo y al lado derecho los que aportan en sentido inverso.

Tabla 1: Items del MMPI(1) que se asocian significativamente (p<0.05) con el indicador grafológico de *introversión*.

Relación directa	Relación inversa		
Puedo ocultar lo que siento en algunas cosas de manera tal que la gente puede hacerme daño sin que se den cuenta	Me gustan las reuniones por estar con gente		
Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aun cuando otros estén haciendo lo mismo	Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido		
Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas	Me gusta muchísimo ir a bailes		
En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me siente solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo	Me gustan las fiestas y las reuniones sociales		

Como puede observarse en la tabla, los ítems que se asocian de modo directo con la introversión, se caracterizan por indicar todos ellos la tendencia al retraimiento social, la vuelta hacia sí mismo; mientras que, los que covarían inversamente revelan que a los introvertidos no les gusta mostrarse, hacer ostentación, asistir a lugares con público.

Es claro que en este trabajo se identificó una serie de reactivos que concuerdan en contenido y dirección con aquello que la grafología supone es indicativo de introversión, con lo cual bien se puede decir que el valor sintomático de los aspectos y elementos de la escritura involucrados en este caso fueron validados convenientemente.

Con el mismo conjunto de datos realizamos otra prueba, en este caso el puntaje construido, a partir de indicadores de la escritura, revela depresión; para esto se consideró como característica la "escritura vacilante, con líneas o finales de palabras acusadamente descendente" (Panadés, 1971,p.136). En cuanto al significado del vocablo, en el contexto de la grafología se dice que "la depresión produce cansancio, fatiga y desánimo, mermando considerablemente la confianza del sujeto en la superación de las menores dificultades. El sujeto deprimido tiene la impresión de sentirse incapacitado a causa del bajo tono de su atención, de su memoria y de su asociación de ideas" (Vels, 1972. p.348-349).

Los resultados la Regresión Múltiple paso a paso, definida igual que en el caso anterior, se muestran en la Tabla 2, indicando del lado izquierdo aquellos ítems que aportan de modo directo y al lado derecho los que aportan en sentido inverso.

Tabla 2: Items del MMPI(1) que se asocian significativamente (p<0.05) con el indicador grafológico de *depresión*.

Relación directa	Relación inversa		
La mayor parte del tiempo desearía estar muerto	Casi siempre soy feliz		
Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre	Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago		

Nuevamente, los ítems seleccionados guardan relación adecuada de contenido y dirección con la característica evaluada mediante el análisis de la escritura. Los que guardan asociación directa contienen elementos relacionados con la inactividad o la muerte; mientras que los que tienen asociación inversa, indican euforia y triunfo.

De modo que, en esta ocasión también se puede decir que se validó el significado psicológico atribuido al indicador de la escritura seleccionado, mediante su asociación con ítems de una prueba psicológica reconocida en el contexto de la evaluación de la personalidad, el MMPI(1).

Un último ejemplo de los análisis realizados en este estudio. Se procedió a construir un puntuación que indicara Exaltación, usando como indicadores "la discordancia de dimensión, de forma, y principalmente en las desigualdades de presión" (Panadés, 1971, p.137). En cuanto al sentido del término, en la grafología este vocablo señala "hiperactividad o aceleración, más o menos brusca, más o menos intensa y continua de las funciones físicas y psíquicas. De la excitación sobreviene la impaciencia, la agitación ... el entusiasmo, la productividad, el optimismo" (Vels, 1972, p. 371-372).

Como en los casos anteriores se procedió al uso de la Regresión Múltiple paso a paso, obteniéndose los resultados que se muestran en la Tabla 3; nuevamente del lado izquierdo están aquellos ítems que aportan de modo directo y al lado derecho los que aportan en sentido inverso al indicador construido.

De modo similar a las oportunidades anteriores se identificó un conjunto de reactivos que guardan asociaciones en el sentido esperado con el puntaje construido a partir del análisis de la escritura. Así, los ítems que se relacionan de modo directo son todos indicadores de euforia y vitalidad; además, el único que se relacionó de modo inverso muestra rechazo al derroche de energía. Con esto se puede presumir que en esta ocasión, igual que en las anteriores, el resultado fue positivo a los efectos de la validez de la grafología.

Tabla 3: Items del MMP!(1) que se asocian significativamente (p<0.05) con el indicador grafológico de exaltación.

Relación directa	Relación inversa		
Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista razón especial	Odio trabajar de prisa		
A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo contener			
He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora			

Pasando ahora a otro estudio, en los textos de grafología se apunta generalmente que la dimensión de los óvalos, el tamaño de la zona media de la escritura, se relaciona con el nivel de auotestima (Vels, 1972; Gullan-Whur, 1986/1988; Branston, 1995; Simón, 1997).

De modo más específico, según Gaillat (1973/1976), "la escritura grande significa que el sujeto se atribuye cierta importancia, y la escritura pequeña indica que el sujeto se considera poco importante" (p.82); por tanto, de ser esta afirmación cierta, el tamaño del cuerpo medio de las letras debería asociarse de modo directo con el nivel de autoestima, es decir, a mayor dimensión mayor autoestima y viceversa.

A los fines de validar esta presunción Gálvez y Méndez (1993) aplicaron a 156 estudiantes de primer año universitario (UCAB) y 184 del último año de educación media el Inventario de Autoestima de Coopersmith. La asociación entre el puntaje total en esta prueba y el tamaño del cuerpo medio de letra resultó de signo positivo como se esperaba, pero de un monto despreciable, aun cuando significativo (p<0.05).

La lectura plana de este resultado verdaderamente no respalda el aserto tradicional de la grafología, pero antes de concluir tan dramáticamente es prudente realizar otros análisis.

Así, cuando se observa el tamaño medio de los óvalos se encuentra que su media aritmética resultó ser 2.4 milímetros, valor que coincide adecuadamente con el que se suele señalar como típico en los textos de grafología: "altura de las letras minúsculas 'a', 'o', etc.: dos y medio milímetros" (Vels, 1969, p.61). Además, se estimó la estabilidad intrasujeto del tamaño, mediante un análisis de medidas repetidas se estimó un coeficiente de consistencia interna leíble como un Alfa de Cronbach, cuyo monto fue de 0.93, lo cual muestra que la dimensión de la zona media de la escritura es un indicador altamente confiable, es decir, con una adecuada consistencia interna.

Además, en un primer momento el Análisis de Componente Principal de los ítems del Coopersmith, (autovalores > 1; rotación varimax), arrojó nueve (9) componentes, los cinco factores (5) principales se rotularon: (1) satisfacción

en el hogar y con los padres; (2) relaciones con los pares; (3) asertividad; (4) exigencias ambientales; y (5) satisfacción personal. En un segundo paso, ya identificada la estructura factorial se repitió el mismo cálculo incluyendo ahora el valor del tamaño del cuerpo medio de la letra; este último cargó únicamente de modo directo y significativo en el componente cinco.

Este resultado permite concluir que la dimensión de la zona media de la letra se asocia adecuadamente con la *auto-imagen*, ya que se vincula con el vector que definen de modo primordial los ítems que se mencionan a continuación:

- La mayoría de las veces me gustaría ser una persona diferente.
- Hay muchos aspectos de mi persona que yo cambiaría si pudiera
- No soy tan bien parecido como la mayoría de las personas

Estos resultados respaldan lo indicado en el tercer corolario de la escritura, si se intenta la validación de los asertos de la grafología por vía de puntajes globales de las pruebas psicológicas, las conclusiones suelen ser más bien desalentadores; mientras que, cuando se busca asociación entre indicadores particulares, los ítems, y el aspecto específico de la escritura, el análisis generalmente avala los presupuestos grafológicos.

En procura de triangular los resultados observados en cuanto al valor sintomático del tamaño de la letra, se incluyó este indicador en dos estudios posteriores, uno de los cuales trabajó con tests psicológicos de tipo psicométrico y el otro con el test de Rorschach.

En cuanto al estudio con pruebas de corte psicométrico, Setaro (1996) aplicó a 594 estudiantes universitarios (200 hombres y 394 mujeres) el 16PF de Cattel, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) y la Escala de Masculinidad y Feminidad de Rotundo y Torres (1994); además, a partir de una muestra de letra de cada sujeto se consideraron en la escritura los aspectos dirección, forma, tamaño e inclinación.

En relación al valor sintomático del tamaño de la escritura, la autora encuentra, como un primer hallazgo importante, que el género se comporta como una variable moderadora, de manera que el valor sintomático depende

en parte del sexo de quien escribe. Este aspecto es trascendente ya que en la grafología tradicional se asoma como una consideración necesaria en varias oportunidades específicas, pero no se suele indicar la evidencia de la cual deriva tal afirmación; acá se documenta la veracidad de tal aseveración y además se identifica el significado del tamaño para cada grupo, varones y hembras.

A continuación los resultados, para cada género, obtenidos al predecir el tamaño del cuerpo de la letra mediante una ecuación de Regresión Múltiple.

Para las mujeres se encontró que los aspectos predictores del tamaño de la letra fueron susceptibilidad, masculinidad, factor Q3 y factor Q4. En cuanto al significado de estos resultados la autora indica

La escritura grande (más de 3 mm), está considerada por Vels (1991), como representativa de sujetos dinámicos, que presentan una fuerte tendencia al culto de la propia personalidad (sed de poder, de importancia social o de admiración), agregando que pueden ser también sujetos exhibicionistas o que hacen una representación, por lo que asociada a mayores puntajes en la escala de Susceptibilidad indicaría que son personas con mayor sensibilidad a la crítica social. Lo mismo cabe inferir a partir de los puntajes más altos obtenidos en la escala de Masculinidad, ya que la sed de poder y vitalidad exhibida por estos sujetos, así como su afán por alcanzar muchas cosas, está socialmente unida al elemento masculino.

Por esta misma razón, tienen mayores calificaciones en el factor Q3, ya que estos sujetos revisan constantemente que su conducta sea correcta, estando muy interesados en su aspecto social y sus modelos para mantener la autoaprobación y el respeto. (Setaro, 1996, p.43)

Para los hombres los predictores significativos resultaron ser masculinidad, factor O, depresión y susceptibilidad. La autora indica, respecto del tamaño de la escritura

Su asociación con el factor O (tendencia a la culpabilidad-disposición) indica que estos sujetos obtienen menores puntajes en dicho factor, revelando características de mayor autoestima y confianza en sí mismo, menos afectados por los sentimientos, etc., sin embargo como lo señala Cattel (1993), más que ser las puntuaciones más bajas un indicador real de la autoestima, en estos sujetos se aprecia la tendencia al bloqueo, distorsión o represión de los aspectos negativos de sí mismos. Esto concuerda con los menores puntajes obtenidos en la escala de Masculinidad, mayores puntuaciones en la escala de Depresión y mayor tendencia a susceptibilidad, lo que sugiere que más que un indicador de alta autoestima, estos sujetos muestran tendencia a utilizar mecanismos de defensa que compensen la sensación de insignificancia o sentimientos de inferioridad que padecen. (Setaro, 1996, p.46)

Como puede verse, en la escritura el tamaño grande se asocia con procesos psicológicos de compensación, es decir, no revela ciertamente una genuina autoestima mayor; por el contrario, indica la necesidad de sobreponerse al sentimiento de inferioridad o a la inseguridad personal.

Esta afirmación concuerda con lo indicado en la grafología, Mauricio Xandró refiere en su libro *Los complejos de inferioridad en la escritura* (1976), que

la importancia y la verdadera superioridad se manifiesta en estar en la norma o ligeramente por encima, letra normal o ligeramente grande. La pequeña o la grande revelan anomalías en la autovaloración individual; el sujeto se esconde y se empequeñece o mete ruido para que los demás vean y crean que es superior; en ambos casos estamos detectando problemas (p.61-62).

Igualmente, Benavides (1977) al tratar el significado de la letra grande indica que "debe tenerse cuidado al estudiar y definir este tipo de letra, pues frecuentemente es producida por personas que quieren ocultar su verdadera personalidad" (p.148)

Estos resultados y afirmaciones permiten suponer que la relación entre el tamaño de la letra y la autoestima no es de tipo lineal, por el contrario, parece ser de tipo curvilínea, más específicamente, tal función quizás se ajusta mejor al modelo cuadrático, una forma tipo U. Esto supone que las letras muy pequeñas y grandes se relacionan con valores altos de autoestima; las pequeñas se vincularían a montos bajos; y, finalmente, las medianas se asocian a un nivel de autoestima medio.

A fin de contrastar empíricamente esta hipótesis hemos reanalizado los datos obtenidos por Sánchez, Sicard y Yépez (1996). Concretamente, estos autores aplicaron el test de Rorschach a 100 estudiantes universitarios, valorando luego las respuestas mediante el Sistema Calificación de Exner, y recogieron de cada sujeto una muestra de su escritura.

Como indicador del grado de autoestima seleccionamos el Índice de Egocentrismo [3r+(2)/R] de la clasificación propuesta por Exner (1993/1994), y de la escritura usamos como elemento el tamaño medio del cuerpo de la letra.

Exner (1993/1994) indica en relación al Índice de Egocentrismo [3r+(2)/R], "proporciona una estimación del sujeto por sí mismo y posiblemente de su autoestima" (p.450). En cuanto a su interpretación el autor señala

Si se sitúa por encima del intervalo medio, esto es si tiene un valor superior a 0.45 en el caso de un adulto ... indica que el sujeto tiende a centrarse en sí mismo mucho más que los demás. [...] En muchos casos, el que el Índice esté por encima de la media sería indicativo de que el sujeto se autoasigna una gran valía (p.450).

Cuando el valor del Índice de Egocentrismo caiga por debajo del intervalo medio, esto es, cuando sea de 0.32 o menos en un adulto ... puede darse por sentado que la estimación que el sujeto hace de su propia valía personal tiende a ser claramente negativa, pues sostiene de sí una imagen peor que la que tiene de los demás. (p.451)

De acuerdo a esto se pueden enunciar tres categorías, indicadas de seguido en la Tabla 4.

Tabla 4: Categorías del Índice de Egocentrismo de Exner.

Índice de Egocentrismo		Autoestima
<	0.32	Baja
0.33	0.45	Media
0.46	> .	Alta

Por otra parte, a los efectos del análisis de los datos se procedió, en primer lugar a categorizar el tamaño de la letra, usando para esto los criterios normativos obtenidos en el trabajo de Setaro (1966), luego se llevó a cabo un análisis de varianza simple con estas categorías como variable independiente y el valor del Índice de Egocentrismo como dependiente, con un subsiguiente *análisis de tendencia* (Winer, Brown y Michels, 1991; Arnau, 1981), a fin evaluar a cual forma se ajusta mejor la relación entre la independiente y la dependiente, bajo la hipótesis que el ajuste lineal sería no significativo (p>0.01), mientras que el ajuste cuadrático y el cúbico serían significativos (p<0.01) y, además, la F del ajuste cúbico será menor que la del cuadrático.

Los resultados principales de este análisis se presentan en la Tabla 5, la cual muestra los límites de las categorías referidas al tamaño de la letra, en percentiles y en milímetros, y su valoración verbal; luego, la media del Índice de Egocentrismo para los sujetos en cada una de las categorías antes señaladas y su interpretación lingüística.

Tabla 5: Tamaño Medio del Cuerpo de la Letra e Índice de Egocentrismo de Exner.

Tamaño medio del cuerpo de la letra				Índice de Egocentrismo	
Percentiles	Milímetros		Significado	Media	Valor Sintomático: Nivel de autoestima
	De	Hasta			
01 - 10	140	180	Muy pequeña	0.47	Alto
11 – 25	181	210	Pequeña	0.29	Bajo
26 - 50	211	240	Media baja	0.38	Medio
51 - 75	241	280	Media alta	0.33	Medio
76 - 90	281	330	Grande	0.50	Alto
91 – 99	331	530	Muy grande	0.43	Medio

Además, los valores relacionados con el ajuste de las funciones que se obtuvieron se muestran, de seguido, en la Tabla 6.

Como puede observarse, los valores de las medias del Índice de Egocentrismo, para cada uno de los grupos generados a partir del tamaño de la letra, se comportan de modo materialmente ideal a la hipótesis; igualmente, los valores de ajuste de función señalan, como se había propuesto, que la función lineal no tiene ajuste significativo y la cuadrática y cúbica muestran un ajuste significativo, y es mayor la F de ajuste cuadrático que de cúbico.

Tabla 6: Análisis de Tendencia.

 Valores de los Índices de Ajuste de la Funciones.

 Función
 F
 p

 Lineal
 2.41
 0.12

 Cuadrática
 5.31
 0.023

 Cúbica
 3.23
 0.076

De estos resultados se pueden extraer dos conclusiones. En primer lugar, en cuanto al valor sintomático del tamaño de la letra en relación a la autoestima, cuando la letra es muy pequeña (menor que 181 mm) se observa una autoestima alta, probablemente como modo de compensación, vale decir, no es baja como se daría si la relación fuera lineal; si la letra es pequeña (181 a 210 mm) indica una autoestima baja; cuando la letra es de tamaño medio (211 a 280 mm) refiere una auotestima *normal*; si la letra es grande (281 a 330 mm) señala una autoestima alta; y, finalmente, la letra muy grande (mayor que 330 mm) se asocia a una autoestima media, es decir no alta como podría esperarse de una relación lineal.

En segundo lugar, en cuanto a la validez de los asertos de la grafología, estos resultados muestran que ellos gozan de una adecuada validez usando como criterio indicadores obtenidos de pruebas psicológicas establecidas, como el Rorschach; igualmente, indican que la relación entre las proposiciones de la grafología y estos indicadores no es simple y que, en consecuencia, su confirmación requiere de procedimientos de análisis más complejos que los tradicionales coeficientes de correlación simple.

Ya para terminar, a modo de resumen, reconociendo el puente entre movimiento y conducta existe suficiente argumentación a favor de considerar a la grafología como una herramienta particular del reconocido conjunto que forman las pruebas gráficas; con lo cual, igualmente, se puede asumir sin mayor dificultad la proposición de llamar grafología contemporánea al empleo de los procedimientos y asertos de la grafología tradicional de enfoque caracterológico como parte de los medios para la evaluación de la personalidad.

Asimismo, en relación al proceso de validación de las aserciones de la grafología, es decir, la verificación del valor sintomático de los aspectos de la escritura, las importantes diferencias en torno al uso del lenguaje técnico entre la grafología y la psicología imponen la necesidad de trabajar mediante técnicas que permitan estimar la asociación más bien entre indicadores particulares que entre construcciones de mayor alcance.

Como prueba de ello, los estudios citados revelan que, efectivamente, las proposiciones de la grafología suelen corresponderse adecuadamente con elementos de las pruebas psicológicas, pero mediante modelos más complejos que el lineal, lo cual es evidencia de la validez de los principios enunciados en el contexto del análisis de la escritura.

Finalmente, con relación a los estudios que muestren la relación entre lo aseverado por la grafología y lo asumido por la psicología, vale como cierre el párrafo final del capítulo que Bell (1948/1980) dedica a la grafología

Al pasar revista de las experiencias realizadas, sorprende el esfuerzo puesto en esta dirección, y aun impresiona más por las numerosas áreas apenas investigadas hasta hoy de una manera científica. Por ejemplo, sólo se han comenzado a establecer las características de la escritura en diferentes grupos clínicos y desórdenes psicosomáticos. En otro punto, la experimentación intensiva está aun por ser realizada en lo que respecta a las actividades fisiológicas y concomitantes del movimiento de la escritura. Este tópico proporciona un excelente punto de encuentro para las investigaciones psicológicas de laboratorio y clínicas. Tal enlace justificaría la confianza que

tantos han puesto en el valor particular de la grafología para estimación de la personalidad. (p.160)

Bibliografía

- Anderson, H. y Anderson, G. (Eds)(1951/1978). Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico. Madrid: RIALP.
- Arnau, J. (1981). Diseños experimentales en psicología y educación. Volumen 1. México: Trillas.
- Bell, J. (1948/1980). Técnicas proyectivas: exploración de la dinámica de la personalidad. Buenos Aires: Paidos.
- Benavides, R. (1977). *La escritura huella del alma*. México: Editores Mexicanos Unidos.
- Brennan, J. (1998). *History and systems of psychology* (5º Edición). New Jersey: Prentice-Hall.
- Bohm, E. (1953/1977). *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach* (3º Edición). Madrid: Morata.
- Crépieux-Jamin, J. (1930/1967). ABC de la grafología. Barcelona: Ariel.
- Exner, J. (1993/1994). El rorschach: un sistema comprensivo. Volumen 1: Fundamentos básicos (3º Edición). Madrid: Psimática.
- Gaillat, G. (1973/1976). La grafología. Bilbao: Mensajero.
- Gálvez, J. y Méndez, M. (1993). Estudio de validación de la técnica grafológica, dimensión de la letra, como índice de la autoestima. Trabajo de Grado para el título de Licenciado en Psicología. UCAB, Caracas.
- Gille-Maisani, J. (1991). Psicología de la escritura. Barcelona: Herder.

- Hammer, E. (1958/1989) Tests proyectivos gráficos.
- Holt, E. (1915). The freudian wish. New York: Henry Holt and Company.
- Klages L. (1934/1965). Los fundamentos de la caracterología. Buenos Aires: Paidos.
- Klages L. (1936/1972). Escritura y carácter. Buenos Aires: Paidos.
- Leahey, T. (1997). A history of psychology: main currents in psychological thougt (4º Edición). New Jersey: Prentice-Hall.
- Martínez, R. (1995). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos.* Madrid: Síntesis Psicología.
- Mayor, J. y Pérez, J. (1989). ¿Psicología o psicologías?: un problema de identidad. En J. Arnau y H. carpintero (Eds) *Tratado de psicología general: historia, teoría y método*. Madrid: Alhambra.
- Moracchini, M. (1995). ABC de la grafología. Girona: Tikal.
- Müller-Freiemfels, R. (1946). Tu alma y la ajena. Barcelona: Labor.
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1994/1995). *Teoría psicométrica* (3º Edición). México: McGraw-Hill.
- Pervin, L. (1996/1998). La ciencia de la personalidad. Madrid: McGraw-Hill.
- Pueyo, A. (1997). Manual de psicología diferencial. Madrid: McGraw-Hill.
- Panadés, R. (1971). *Prontuario de grafología* (2º edición). Barcelona: Ediciones Zeus.
- Ras, M. (1951). Historia de la escritura y grafología. Madrid: Plus-Ultra.
- Ras, M. (1968). *Grafopatología: estudio de los escritos patológicos.* Madrid: Gregorio del Toro.

- Rice, L. (1927/1996). *Character reading from handwriting*. California: Newcastle Publishing.
- Roca, J. (1993). *Psicología: un enfoque naturalista*. México: Universidad de Guadalajara.
- Roca, J. (1997). Movimientos y causas. Acta comportamentalia, 5, 5-16.
- Roca, J. (1998). Ciencias del movimiento. Acta comportamentalia, 6, 45-58.
- Rotundo, M. y Torres, N. (1994). Estudio de la prevalencia del humor depresivo en una muestra de estudiantes universitarios. Trabajo de Grado para el título de Licenciado en Psicología. UCAB, Caracas.
- Sánchez, L., Sicard, P. y Yépez, P. (1996). Estudio de validación de algunos indicadores del grafoanálisis de Vels, con el test de Rorschach como criterio, en una muestra de estudiantes universitarios. Trabajo de Grado para el título de Licenciado en Psicología. UCV, Caracas.
- Setaro, M. (1996). Validación del valor sintomático de los aspectos grafológicos dirección, forma, tamaño e inclinación de la escritura. Trabajo de Grado para el título de Licenciado en Psicología. UCAB, Caracas.
- Simón, J. (1997). Cómo hacer análisis grafológico. Barcelona: Martínez Roca.
- Stagner, R. (1961/1974). Psicología de la personalidad. México: Trillas.
- Vels, A. (1969). Escritura y personalidad: conocimiento del carácter a través de la grafología (4º edición). Barcelona: Luis Miracle.
- Vels, A. (1970). La selección de personal (1º edición). Barcelona: Luis Miracle.
- Vels, A. (1972). Diccionario de grafología y términos afines. Barcelona: Ediciones Cedel.
- Vels, A. (1991). Escritura y personalidad (8º edición). Barcelona: Herder.

- Williams, M., Ver-Gross, G. y Ver-Gross, L. (1977). Handwriting characteristics and their relationship to Eysenck's Extraversion-Introversion and Kagan Inpulsivity-Reflextivity dimensions. *Journal of Personality Assessment*, 41, 291-298.
- Winer, B., Brown, D. y Michels, K. (1991). *Statistical principles in experimental design* (3º Edición). New York: McGraw-Hill.
- Wolff, W. y Precker, J. (1951/1978). El movimiento expresivo y los métodos de la psicología experimental. En H. Anderson y G. Anderson, (Eds). *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Madrid: RIALP.
- Wolfson, R. (1951/1978). La grafología. En H. Anderson y G. Anderson (Eds) *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Madrid: RIALP.
- Xandró, M. (1976). Los complejos de inferioridad en la escritura. Madrid: Paraninfo.
- Xandró, M. (1994). Grafología elemental (5º Edición). Barcelona: Herder.
- Yela, M. (1989). Unidad y diversidad de la psicología. En J. Arnau y H. carpintero (Eds) *Tratado de psicología general: historia, teoría y método*. Madrid: Alhambra.

Evaluación del trauma psicológico a través del método Rorschach: violencia contra la mujer y trauma complejo en refugiadas latinoamericanas¹

David Ephraim²

Resumen

Este artículo se propone ilustrar someramente las ventajas del método Rorschach en la evaluación psicológica de las secuelas de experiencias traumáticas extremas. Con tal propósito se analizan selectivamente los protocolos Rorschach de dos refugiadas latinoamericanas, quienes escaparon de sus países de origen tras haber sido víctimas de torturas u otras formas de violencia del Estado. Los casos presentados tipifican situaciones de violencia contra la mujer en latinoamérica, por lo cual su discusión toma en cuenta cuestiones ligadas al contexto cultural y sociopolítico. En cuanto al diagnóstico clínico, el desamparo extremo experimentado por estas mujeres en situación de cautiverio produjo síntomas y alteraciones postraumáticas de la personalidad que van más allá de los síntomas descritos bajo el Trastorno por Estrés Postraumático y corresponden al llamado Trauma Complejo.

¹ Agradecimientos: partes de este artículo fueron presentadas en el XVI Congreso Internacional de Rorschach y Técnicas Proyectivas (Amsterdam, 1999), gracias al financiamiento otorgado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad Central de Venezuela.

² David Ephraim es psicólogo clínico, profesor titular de la Universidad Central de Venezuela y docente del Programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria (UCAB); es miembro fundador del Instituto Rorschach de Venezuela y consultor de la Asociación para Sobrevivientes de Tortura de Vancouver (Canadá).

Abstract

This article briefly illustrates the advantages of the Rorschach method for the psychological assessment of severe trauma. It focuses on selected features from the Rorschach protocols of two Latin-American refugee women who escaped from their home countries after having experienced torture or other forms of state violence. The cases presented typify situations of violence against women in Latin America; therefore, the discussion takes into account the cultural and the sociopolitical contexts. Regarding the clinical diagnosis, the extreme helplessness experienced by these women while held in captivity produced symptoms and personality alterations beyond the symptoms of a Posttraumatic Stress Disorder. As described in the article, the diagnosis of Complex Trauma addresses such posttraumatic symptoms and personality alterations.

El diagnóstico psicológico de las secuelas de experiencias traumáticas ha venido adquiriendo importancia creciente en la práctica clínica de los psicólogos, tanto en relación con las secuelas de eventos traumáticos repentinos (violación, asalto, desastres naturales), como respecto a las consecuencias a largo plazo de experiencias traumáticas repetidas y prolongadas sufridas en la infancia (abandono, maltrato, abuso sexual) o en la adultez (violencia doméstica, torturas, secuestro). Entre los instrumentos utilizados para evaluar las secuelas del trauma se encuentran las entrevistas estructuradas, listas de chequeo y cuestionarios de auto-reporte basados en el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (ver Wilson y Keane, 1997). Algunos clínicos e investigadores han promovido la utilización complementaria de métodos proyectivos para la evaluación de las secuelas de experiencias traumáticas (Lating, Zeichner y Keane, 1995). En comparación con las entrevistas estructuradas y cuestionarios de auto-reporte, los métodos proyectivos, tales como el Rorschach y el TAT, ofrecen las ventajas siguientes: (a) su carácter indirecto y por ello eventualmente menos perturbador, (b) su capacidad para movilizar sistemas motivacionales y afectivos primarios, permitiendo a los síntomas cobrar vida en el marco de la evaluación, y (c) su sensibilidad para reflejar las diferencias individuales. Como señalaron Van der Kolk y Ducey (1989), la evaluación proyectiva de las secuelas del trauma puede proveer información esencial no detectada por las medidas de auto-reporte: "La constricción emocional puede muy bien constituir la expresión más común del Trastorno por Estrés Postraumático; el diagnóstico de este trastorno es probable que sea soslayado durante la fase de constricción" (p. 271).

El método Rorschach ha sido utilizado para la evaluación de las secuelas psicológicas de experiencias traumáticas en veteranos de guerra (Van de Kolk y Ducey, 1989), víctimas de violencia doméstica (Kaser-Boyd, 1993), trastornos disociativos (Amstrong, 1991), sobrevivientes de torturas y violencia política (Ephraim, en preparación), casos de maltrato o abuso sexual en niños (Brickman y Lerner, 1992; Kelly, 1999), etc. Las variables estructurales y contenidos temáticos del Rorschach permiten identificar los síntomas y alteraciones características de los estados postraumáticos. Algunas variables estructurales se asocian a la presencia de síntomas intrusivos y de evitación / constricción, mientras que ciertos contenidos temáticos reflejan las alteraciones de la personalidad referidas a la identidad y a las relaciones interpersonales (Ephraim, en preparación).

Nos proponemos en este artículo ilustrar someramente la utilización de algunas variables estructurales y contenidos temáticos del Rorschach en la detección de las secuelas de experiencias traumáticas extremas. Con tal propósito se analizarán aspectos parciales de dos protocolos Rorschach de mujeres latinoamericanas que solicitaron refugio en el Canadá, tras haber sido víctimas de torturas sexuales y/o persecución en sus países de origen. Estos casos tipifican situaciones comunes de violencia sexual, doméstica y/o política contra la mujer en diversos contextos. Los eventos traumáticos experimentados caben en la definición de tortura de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otras Formas Crueles, Inhumanas o Degradantes de Trato o Castigo (10 de diciembre de 1984):

Tortura significa todo acto por medio del cual se inflinge intencionalmente a una persona dolor severo y sufrimiento, ya sea físico o mental, por o bajo la instigación de un funcionario público, con el propósito de obtener de él o ella, o de una tercera persona, que confiese información, castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que haya cometido, o intimidarla a ella o a él o a otra persona.

Quienes se ocupan del tema de las consecuencias psicológicas de la tortura coinciden en considerar que su objetivo último no es, como habitualmente se cree, extraer confesiones o castigar al opositor. El propósito de la tortura sería, según una fórmula frecuentemente citada, "destruir la personalidad de la víctima" (Elsaas, 1997). Ritterman y Simon (1990) han presentado esta idea en términos familiares a los profesionales de la psicología:

Las acciones de los regímenes políticos represivos se asemejan a una versión torcida, invertida, de lo que nos proponemos lograr a través de la terapia psicológica. Tales regímenes... constriñen el mundo de la gente, en lugar de expandirlo... desmoralizando individuos, familias y comunidades a fin de controlarlas con mayor facilidad (p. 277).

El estudio de las secuelas psicológicas del trauma requiere tomar en consideración cuestiones ligadas al género, así como a las dimensiones cultural y sociopolítica (Jenkins, 1996). Como señaló también Comas-Díaz (1989), comprender el trauma en el marco de los valores culturales, la dinámica familiar, los sistemas de creencias y el contexto sociopolítico incrementa significativamente la posibilidad de ayudar a la persona traumatizada. Para entender la vivencia extrema de desamparo experimentado en los casos que se presentan a continuación, es esencial considerar tanto los estereotipos culturales asociados al género como las limitaciones de las instituciones locales de derechos humanos en cuanto a proteger a las mujeres respecto de atrocidades cometidas en las esferas sexual, doméstica y/o política.

Herman (1992a) complementó la frase de Virginia Woolf (1938) acerca de situaciones comunes de opresión de la mujer — "los mundos público y privado están inseparablemente conectados" (p. 147)— agregando que los traumas son los mismos en una y otra esfera. Las experiencias traumáticas sufridas por las mujeres sobrevivientes de torturas o persecución en la esfera pública se instalan con frecuencia sobre experiencias equivalentes en la esfera privada. En una u otra esfera, pública o privada, lo característico es la situación de cautiverio y el desamparo asociado a la imposibilidad de escapar. Es por ello que el diagnóstico de Trastorno por Estrés Extremo (Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Kaplan y Resick, 1997) o Trauma Complejo (1992b) describe con mayor claridad la condición de estas mujeres que el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (APA, 1994) el cual da cuenta primordialmente de los efectos psicológicos de experiencias traumáticas aisladas o de corta duración.

Según Herman (1992b), el diagnóstico de Trauma Complejo identifica tres áreas gruesas de perturbación: (1) un cuadro sintomático difuso que incluye síntomas tenaces de somatización, disociación y deterioro afectivo, (2) alteraciones del carácter o la personalidad y (3) vulnerabilidad de la víctima a la repetición del daño. El diagnóstico de Trauma Complejo permite abordar las alteraciones psicológicas sufridas por sobrevivientes de distintos tipos de atrocidades cometidas en el contexto doméstico, sexual o político, tales como incesto, maltratos severos en la infancia, violencia doméstica, secuestros, torturas, etc.

Los dos casos de refugiadas latinoamericanas que se presentarán a continuación ilustran el tipo de experiencias traumáticas y sus secuelas psicológicas en situaciones extremas de violencia contra la mujer. El primero de los casos se refiere al impacto de experiencias de tortura sexual y persecución. El segundo caso identifica las secuelas traumáticas de experiencias recientes de acoso y persecución en una mujer que, adicionalmente, había sido víctima de violencia doméstica y abuso sexual en la infancia. Luego de comentar las cuestiones del género enunciadas anteriormente, se exponen algunos hallazgos parciales en los protocolos Rorschach que ilustran la sensibilidad del método para detectar las consecuencias psicológicas de

experiencias traumáticas extremas. Los datos biográficos han sido alterados para impedir la identificación de los sujetos.

Caso 1

Ana comenzó a desempeñarse como activista política en su universidad cuando tenía 20 años. A los 24 años huyó del país y solicitó refugió en Canadá argumentando haber sido perseguida por sus opiniones políticas en condiciones de total desprotección, así como la imposibilidad de regresar a su país de origen sin correr riesgo de muerte. Según el informe que presentó de los eventos traumáticos iniciales, había sido secuestrada, golpeada y violada en dos ocasiones, con un intervalo de un año, por un grupo de agentes de seguridad del Estado, quienes se proponían obligarla a trabajar para ellos como delatora de sus compañeros.

A fin de sobrevivir el acoso, Ana intentó dar a sus perseguidores información falsa, lo cual empeoró su situación. Un detalle significativo que tipifica sus experiencias como extremadamente traumáticas es que la joven estudiante no reveló a nadie la situación de cautiverio en la cual se encontraba (conviene insistir en el aspecto siguiente: experiencias de estrés extremo pueden presentarse sin que la persona sea literalmente encerrada o sometida a torturas físicas prolongadas, lo cual ocurre con frecuencia en casos de violencia contra la mujer). En cuanto a las razones que la llevaron a mantener en secreto la situación en que se encontraba, Ana se refirió a las amenazas de perjudicar a otros miembros de su familia, así como al dolor que habría provocado a familiares y amigos el enterarse de su situación. En todo caso, el motivo fundamental del secreto fue la vergüenza y culpa que sentía por haber sido tratada como una prostituta. Dado que sus perseguidores eran funcionarios del Estado, Ana no consideró conveniente buscar la protección de ninguna instancia pública ("Tal vez si hubiera tenido muchos medios económicos y gente arriba... Además, en mi país, en estas situaciones, le dan siempre la razón a los hombres").

La literatura clínica sobre el trauma de violación describe una etapa inicial de impacto inmediato, durante la cual la víctima experimenta alteraciones físicas y emocionales marcadas, seguida de una fase de reajustes, en la cual se llevan a cabo cambios en las rutinas a fin de recuperar la sensación de seguridad. Esta segunda fase, para la cual es fundamental el apoyo familiar y social, no está al alcance de las víctimas del tipo de torturas y persecución a que esta joven fue sometida.

Tras el segundo incidente de secuestro y violación, Ana informó superficialmente acerca de la persecución de la cual estaba siendo objeto a un vecino amigo de la familia, quien trabajaba como policía de otra rama del poder público. Gracias a la protección personal de este vecino fue dejada en paz durante un tiempo, al cabo del cual el mismo grupo de funcionarios la secuestró a la salida del trabajo; luego de golpearla y humillarla, la conminaron a viajar a una región alejada del país a actuar como informante. A raíz de este último incidente, revela la víctima, "de pronto todo colapsó". Durante los meses que precedieron a su huida del país permaneció la mayor parte del tiempo confinada en su cuarto, severamente deprimida. El malestar extremo condujo a un intento suicida.

Una mujer joven activa en política desafía frontalmente los estereotipos asociados al papel de la mujer en la sociedad. Según Agger (1989), el propósito de la tortura sexual de la mujer es inducir vergüenza y culpa a partir de la identificación de actividad política con actividad sexual. Golpes y amenazas habrían sido probablemente insuficientes en cuanto a lograr la "destrucción de la personalidad" necesaria para reducir a Ana al ser humano extremadamente vulnerable, aislado, temeroso e inseguro de sí mismo, al cual entrevistamos un año después de su huida del país (otra joven refugiada tardó varios años en contar los detalles de la violación de que fue objeto a los catorce años por pintar pancartas con contenido político en los muros del liceo: "Mientras me violaban, los funcionarios decían: 'Ya que estás haciendo cosas de mujer, nosotros te vamos enseñar lo que es ser mujer").

En relación con las variables estructurales del Rorschach (Exner, 1993, Weiner, 1998), el protocolo de este caso reveló tanto recursos considerables como problemas muy severos. El Índice de Depresión resultó positivo (DEPI = 5), al igual que la Constelación Suicida (S-CON = 8). El Índice de Esquizofrenia fue igualmente positivo (SCZI = 4), debido a que sus respuestas al Rorschach pusieron en evidencia serias limitaciones para percibir los eventos externos o internos de manera realista (Porcentaje de respuestas distorsionadas ó X-% = 37). En todo caso, lo que interesa resaltar en este aspecto es que tales dificultades remitían claramente a preocupaciones bien definidas y no a una pérdida indiscriminada de la prueba de realidad. Se trataba de respuestas asociadas al trauma (por ejemplo, útero lastimado) o que reflejaban el aislamiento y la depresión (ver ejemplos más adelante). Es importante recordar en este contexto que, como planteó Herman (1992a), los síntomas de las personas severamente traumatizadas, tales como la angustia, la depresión o las quejas somáticas, difieren de la angustia, la depresión o las quejas somáticas asociadas ordinariamente a otros trastornos. Ello mismo se aplica a las respuestas al Rorschach, ya se trate del Índice de Depresión o de las respuestas distorsionadas asociadas a la pérdida de la prueba de realidad.

En cuanto a los contenidos temáticos, el protocolo de Ana permite ilustrar ciertas alteraciones de la personalidad características del Trauma Complejo, referidas a la identidad y a las relaciones interpersonales.

El inventario de los contenidos proyectados en este protocolo incluye varias respuestas de seres u objetos pequeños, inermes, desprotegidos («pajaritos», «bebé», «insectos», «animalitos»), que sugieren cambios postraumáticos en la identidad o experiencia de sí mismo. La impresión más inmediata e impactante que obtenemos al revisar los contenidos proyectados se refiere a la vivencia de indefensión. Un ejemplo claro de ello es la respuesta siguiente a la Lámina II: «la parte del útero donde se guarda al bebé, donde se protege y cobija al bebé, pero como si estuviera lastimada y con sangre». La vivencia de desamparo de Ana está igualmente presente en su respuesta a la Lámina VIII, donde habla de animalitos, mapaches que están subiendo para sostenerse mejor, pero "las rocas de las que se agarran tienden a caerse cuando uno se sostiene de ellas".

La auto-imagen de esta joven como una personal débil, indefensa, desamparada ante el peligro, puede considerarse como una alteración postraumática de la personalidad y es consistente con la magnitud y las características del daño psicológico experimentado. La examinada que dio estas respuestas al Rorschach es indudablemente una persona distinta a la estudiante activa, valiente y solidaria, orientada hacia el futuro, estrechamente unida a familiares y amigos, que nos revela claramente su historia previa.

Esta joven presentó igualmente en su protocolo cambios postraumáticos en su capacidad para vincularse profundamente con otras personas. Observamos la ausencia de respuestas de Cooperación y de Agresión, en el marco de una proporción elevada de respuestas de Aislamiento. Llaman particularmente la atención algunos contenidos proyectados que sugieren retraimiento social e interpersonal. En tal sentido, las respuestas más elaboradas del protocolo se refieren a personas solas, tales como: "silueta de una persona saliendo" (Lámina IX), y "persona viendo al horizonte" (Lámina X).

Caso 2

Beatriz, 42 años, huyó de su país de origen a raíz de experiencias de persecución y amenazas de muerte en su lugar de trabajo, una oficina pública en la cual se desempeñaba como secretaria ejecutiva. La declaración escrita en que describió la secuencia de eventos que condujeron a su solicitud de refugio resultó particularmente confusa. El motivo de la persecución habría sido el haberse negado a suministrar a otros funcionarios documentos confidenciales que debía mantener bajo custodia. Tales documentos contendrían información delicada que se prestaba a manejos corruptos, los cuales ella no estaba dispuesta a permitir.

En el contexto de algunas preguntas de rutina, Beatriz reportó de manera casual haber sido víctima de violencia doméstica durante sus 8 años de matrimonio. En una tercera entrevista reveló igualmente, por primera vez en su vida, experiencias de abuso sexual sufridas en su infancia en manos de miembros y amigos de la familia.

En relación con las experiencias de abuso doméstico, reportó lo siguiente: su esposo frecuentemente la golpeaba y pateaba bajo la influencia del alcohol. Al comienzo ella se encerraba bajo llave con su hijo cuando lo veía venir en ese estado, pero dejó de hacerlo porque su marido destrozaba la puerta a golpes. Su desesperación la llevó a intentar suicidarse cortándose las venas. En una ocasión denunció al marido a la policía, la cual intervino un año más tarde arrestándolo por un día. La violencia se incrementó como resultado de la denuncia. Beatriz quiso divorciarse después del primer año de casados, pero las promesas de su expareja alimentaban sus esperanzas de que las cosas mejorarían. La relación terminó cuando él la dejó por otra mujer.

En el contexto de la información anterior, se aclaró lo que resultaba confuso en la descripción pormenorizada de los eventos traumáticos. Beatriz no tenía en su propiedad documento alguno. Los documentos que produjeron toda la situación de persecución y amenazas permanecían en manos de alguien externo al departamento en que ella trabajaba, una persona políticamente poderosa quién, intuyendo la vulnerabilidad de esta mujer, la contrató para desempeñar, en beneficio propio, un rol extremadamente peligroso. En aquellas ocasiones en las cuales Beatriz no podía soportar más la presión y lo buscaba para pedirle ayuda, esta persona le decía que fuera fuerte y esperara, que las cosas pronto mejorarían. La posibilidad de una conexión entre ambas situaciones de cautiverio y aislamiento, su matrimonio anterior y la situación de trabajo, resultó tan obvia al examinador como extraña a la examinada, quien nunca había pensado en ello. En sus propias palabras: "A veces no sé cómo soy. A mí me pasan las cosas. Pero no sé, me aguanto, no las platico. ¿Seré muy fuerte? Pero si fuera fuerte... Seré muy fuerte para aguantar. No me gusta molestar a las personas y decir lo que me pasó, porque al final se van a reír o me van a criticar". Las mujeres víctimas de violencia doméstica que han sido sobrevivientes de experiencias de abuso sexual en la infancia frecuentemente impresionan por su incapacidad para defenderse del maltrato. Los criterios de diagnóstico del trauma complejo incluyen, como en este caso, la vulnerabilidad a la repetición del daño.

Beatriz vivió en un continuo estado de pánico durante los meses que precedieron a su huída del país. Entre otros síntomas describió experiencias de disociación típicas de los trastornos de estrés agudo: «Caminaba como una sonámbula y todo lo hacía como por inercia. Mi único pensamiento era: ¡Si me van a matar, háganlo por favor cuanto antes!'».

En cuanto al protocolo Rorschach, el hallazgo más notable del Sumario Estructural se refiere al número y la calidad de las Verbalizaciones Inusuales ($\underline{SUM6} = 9$; $\underline{Lv2} = 5$; $\underline{Wsum6} = 42$). Las limitaciones de Beatriz para pensar de manera lógica y coherente expresada por los índices anteriores probablemente provocan frecuentes desajustes en su vida cotidiana, particularmente en el marco de su dificultad para dar soluciones sencillas a los problemas (Porcentaje de respuestas de Forma Pura ó $\underline{Lambda} = 0.12$), así como para tomar decisiones ($\underline{Zd} = +5$).

Las dificultades de Beatriz para pensar con claridad se hicieron también evidentes en las entrevistas clínicas. En relación con unos robos que habían ocurrido en su vecindario, comentó lo siguiente: «Esperaré a ver si estos robos tienen o no algo que ver con lo que me pasó en mi país». El clínico no puede evitar detenerse ante afirmaciones de este tipo que revelan pérdida de la prueba de realidad. Pero debemos recordar que los delirios postraumáticos difieren de los delirios correspondientes a otros tipos de trastornos.

Las tres primeras respuestas de Beatriz en el Rorschach implicaban contenidos peligrosos. En la Lámina I comenzó refiriéndose a un vampiro con sus colmillos, «que lleva dos cosas, cabezas, agarradas». Su respuesta siguiente en esta lámina fue «una boca gritando». Inmediatamente, en la Lámina II, nos dijo: «sangre salpicada, y choque, como algo que choca». Secuencias de respuestas parecidas a estas se observaron repetidamente en el protocolo.

Como vemos, el peligro tiene una cualidad impersonal, disociada; esta mujer enfrentaría el miedo fragmentando la realidad de la situación. En el marco de tales respuestas no deberían sorprender las dificultades de Beatriz para defenderse de situaciones de peligro evidentes.

Los protocolos de mujeres refugiadas que experimentaron traumas tempranos coinciden en ciertas características distintivas respecto de los protocolos de refugiadas severamente traumatizadas solamente en la adultez, como el caso presentado con anterioridad. Por ejemplo, en aquellos casos que también presentaban traumas tempranos severos, las respuestas que indican peligro, así como pérdida de la distancia y de la capacidad para pensar con claridad, no se identifican fácilmente con experiencias traumáticas precisas. La vivencia de amenaza se ha hecho difusa. Llama la atención cierta naturalidad en la forma en que se enuncian tales respuestas. Impresiona, en ocasiones, su valor adaptativo, al revelar capacidad para reponerse de lo amenazante, ya que se trata de adaptaciones a largo plazo que ha hecho la persona en su infancia para poder sobrevivir cuando el trauma implicaba, no solo el efecto sorpresa de un evento traumático extremo, sino la necesidad de anticiparse a los horrores por venir (Terr, 1991). Ello se acompaña, como ha descrito también Terr, de esfuerzos masivos para proteger y preservar el psiquismo a través de la negación masiva, la disociación u otros mecanismos que conducen a profundos cambios en el carácter y la personalidad.

En el protocolo de Beatriz se presentaron respuestas que implicaban distorsiones en la percepción y perturbaciones del pensamiento referidas a un tema común: muerte por asfixia o ahogamiento. Veamos su respuesta a la Lámina VIII:

Aquí se me figura la garganta, la faringe (D2)... Agua (D5). Como con pescados o delfines (detalle interior). Se ven grandes. Pero el agua se ve así como con mucha fuerza, como aventada. Mire, ésta es la boca y esto el agua. Siento que es alguien como que me voy a ahogar, o me estoy ahogando (devuelve la lámina).

Encuesta: (¿Garganta, faringe?) Las amígdalas, por el color. De cuando uno abre la boca y se ve. (¿Agua?) Esto así es como el agua, con mucha fuerza, que avienta [señala los salientes, sonríe]. Aquí está el pescado, su aleta. El agua está enganchada con la boca. Es lo que digo. Pues es mucha agua. Por eso digo que

va a morir ahogado. No sé que pasa con el agua. (¿Quién va a morir ahogado?)
Podría ser vo que me puedo morir ahogada.

Es importante recalcar que Beatriz sonreía mientras nos daba esta respuesta tan perturbada. Se trata de una verdadera incongruencia que revela, una vez más, el recurso a la disociación como mecanismo de adaptación y defensa.

En síntesis, hemos encontrado en el Rorschach un instrumento sensible para identificar los efectos de experiencias traumáticas extremas. En el marco del presente trabajo observamos la posibilidad de describir en función del Rorschach ciertas transformaciones postraumáticas de la personalidad en dos mujeres cuyas experiencias representarían situaciones típicas de violencia del género en nuestras sociedades.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.). Washington DC: Autor.
- Agger, I. (1989). Sexual torture of political prisoners: An overview. *Journal of Traumatic Stress*. 2(3), 305-317
- Armstrong, J. G. y Loewenstein, R. J. (1990). Characteristics of patients with multiple personality and dissociative disorders on psychological testing. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(7), 448-454.
- Brickman, A. S. y Lerner, H. D. (1992). Barren Rorschach: A conceptual approach. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 176-184.
- Comas-Díaz, L. (1989). Culturally relevant issues and treatment implications for Hispanics. En D. R. Koslow y E. Salett (Eds.), Crossing cultures in mental health (pp. 31-48). Washington, DC: Society for International Education, Training and Research.
- Elsaas, P. (1997). Treating victims of torture and violence: Theoretical, cross-cultural and clinical implications. New York: New York University Press.

- Ephraim D. (en preparación). Rorschach trauma assessment of survivors of torture and/or state violence. *Rorschachiana XXV*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Exner, J. E., Jr. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic foundations* (3rd. ed.). New York: Wiley.
- Herman, J. L. (1992a). Trauma and recovery. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (1992b). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *5*(3), 377-391.
- Jenkins, J. H. (1996). Culture, emotion, and PTSD. En A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity y R. M. Scurfield (Eds.), Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder (pp.165-181). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kaser-Boyd, N. (1993). Rorschachs of women who commit homicide. *Journal of Personality Assessment*, 60(3), 458-470.
- Kelly, F.D. (1999). The psychological assessment of abused and traumatized children. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Lating, J. M., Zeichner, A. y Keane, T. M. (1995). Psychological assessment of PTSD. En G. S. Everly, Jr. y J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology* (pp. 103-121). N. Y.: Plenum Press.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Kaplan, S. y Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3-16.
- Ritterman, M. y Simon, R. (1990). Understanding and treating Latin American torture survivors. En Mirkin, M. S. (Ed.), *The social and political contexts of family therapy* (pp. 277-288). Boston: Allyn & Bacon.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.

- Van der Kolk, B. A. y Ducey, C. P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic* Stress, 2(3), 259-274.
- Weiner, I. B. (1998). *Principles of Rorschach interpretation*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wilson, J. P. y Keane, T. M. (Eds.) (1997). Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press.
- Woolf, V. [1932]. Three guineas. New York: Harcourt, Brace, Jovanovitch, 1966.

Evaluación de un programa de prevención de hipertensión arterial en una comunidad educativa¹

Catalina Gandica de Gisbert, Rosalba Álvares Díaz, Ismael Gavidia Blanco, Elías Chuki y Francisco Fragachán²

Resumen

Se describe y evalúa un programa de salud dirigido a la prevención, detección y control de la HTA para identificar e intervenir precozmente factores de riesgo presentes en una comunidad educativa y promover factores protectores de salud cardiovascular. El programa contempla el estudio de prevalencia de la HTA y de los factores de riesgo asociados así como el diagnóstico de la información existente sobre esta enfermedad y las concepciones y valores en materia de salud que existen en la comunidad. La intervención contempla acciones de carácter psicoeducativo en las cuales la comunidad tiene una participación activa. La evaluación corresponde al monitoreo de las acciones e intervenciones efectuadas para determinar la eficacia, eficiencia y por consiguiente la posibilidad de réplica del mismo. Esta tercera etapa corre a lo largo de todo el programa para facilitar la toma de decisiones en cada una de las acciones correspondientes.

¹ Este trabajo forma parte del proyecto financiado por el CDCH bajo el Nº 09-10-39078-98. Se le extienden agradecimientos a la Dra. María Antonieta Lombardi, Lic. Yhelisol Navea y Carmen Virginia Mujica. Al equipo médico y psicológico de la UHA, a los estudiantes de medicina y psicología, a la profesora Xiomara Inatius y al personal docente y administrativo que forma parte activa del proyecto Gran Colombia. La colaboración de todos ellos ha hecho posible la realización de la investigación.

² Catalina Gandica de Gisbert es Magister en Psicología (U.C.V.) y docente del Programa de Especialización en Clínica Mental de la misma universidad. La Dra. Rosalba Álvarez Díaz es Médica Especialista en Epidemiología. Ismael Gavidia Blanco es Magister en Psicología y Licenciado en Biología. El Dr. Elías Chuki es Médico Internista y Endocrinólogo. El Dr. Francisco Fragachán es Médico Internista y PhD. Todos están adscritos a la Unidad de Hipertensión Arterial del Hospital Universitario de Caracas, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

Abstract

This article is a description and evaluation of a health program that aims to prevent, detect and control arterial hypertension, by means of early identification and treatment of risk factors that are present in an educational community, and to promote protective factors of cardiovascular health. The intervention contemplates psychoeducative actions in which the community has an active role. The evaluation is based on the monitoring of the actions and interventions done in order to determine its efficacy, efficiency and the possibility of repeating the experience. This third phase is carried out simultaneously with the implementation of the program so as to help make decisions about each of the corresponding actions that are needed.

Introducción

La participación activa de la comunidad en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad abarca muchos componentes que incluyen distintos actores sociales y diferentes niveles de decisión. No escapa a nuestro análisis lo difícil y complejo que resulta llevar a cabo un programa de esta naturaleza. Para esbozar algunos de los problemas a enfrentar, podemos mencionar que las necesidades en materia de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas no constituyen realmente una prioridad en nuestro sistema de salud. Si bien pareciera existir una cierta valoración de la salud y una preocupación al respecto, la evidencia epidemiológica nos demuestra que las declaraciones no se llevan a la práctica. Son pocas las instituciones que contemplan acciones efectivas que permitan incrementar la calidad de vida de los diversos grupos que las conforman e incidir de manera efectiva en el desarrollo de programas permanentes de salud.

La información pública y la educación para la salud como instrumentos de cambio, tienen el objetivo de convencer a los grupos políticos, administrativos y profesionales que la inversión en materia de salud tiene sentido económico, constituye un elemento de éxito político y es un imperativo social. Pero además, se requiere la colaboración intersectorial, en particular del fortalecimiento de la educación en salud de los niños en edad escolar, y la movilización de todos los recursos disponibles en la comunidad (OPS, Mayo 1992).

Estas inquietudes relacionadas con la educación y promoción de la salud fundamentan la incorporación de la Unidad de Hipertensión Arterial (UHA), perteneciente al Hospital Universitario de Caracas (HUC) y al Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina, al "Proyecto Gran Colombia". Este proyecto involucra a través de un convenio en materia de Educación y Salud, a distintas instituciones tales como la Universidad Central de Venezuela (UCV), el Ministerio de Educación, el de Sanidad y Asistencia Social y la Dirección de la Unidad Educativa Gran Colombia. Este convenio estipulado por cuatro años, requería de propuestas que generaran un proceso de incorporación activa de la comunidad educativa. Atendiendo a los objetivos de la UHA, se planteó desarrollar un programa de promoción de salud y prevención de la Hipertensión Arterial (HTA). El programa permitiría además de generar información sobre la HTA y los diversos factores que se conjugan para hacer de esta enfermedad un problema de salud pública relevante en nuestro país, intervenir en su control.

La fundamentación teórica del programa desde el punto de vista biopsicosocial se basa, por un lado, en la descripción del problema de la HTA, su magnitud a nivel nacional, sus efectos sobre las personas, los factores de riesgo asociados, las medidas de prevención adecuadas y las representaciones del venezolano en materia de HTA (López, 1989; Gisbert y Rodríguez, 1995; JNC, 1997; Álvarez y col., 1998; Guggisberg y col., 1998; Alvarez, 2000; WHO, 1999). Por otro lado, la fundamentación para la adopción de comportamientos saludables se corresponde con el modelo multietápico en el proceso de cambio (Prochaska, 1990; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) y al proceso de adopción de precauciones asociados, desde el punto de vista ético, se debe contar con un sistema de atención capaz de dar continuidad al programa (Rose, 1992). En tal sentido, el Hospital Universitario de Caracas (HUC) y su Ambulatorio, están preparados para garantizar la atención permanente y el cuidado prolongado a las personas identificadas que lo requieran, por estar la institución educativa en el Distrito Sanitario correspondiente a su área de influencia.

Desde el inicio del programa se asumió la necesidad de establecer mecanismos de evaluación que permitieran la toma de decisiones en cada una de las diferentes fases y momentos del programa, con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos y el mejoramiento de las acciones previstas y por desarrollar. Así mismo se asumió una posición integradora en materia de evaluación que permitiera la utilización de diversos enfoques teóricos y técnicos, aplicándolos en función de la naturaleza de las acciones y procesos involucrados (Fernández-Ballesteros, 1995 a, b, c; Froján y Santacreu, 1995).

El objetivo del presente trabajo es presentar una visión integral del desarrollo del programa hasta el momento actual y evaluar los resultados obtenidos tomando en cuenta los criterios de pertinencia, suficiencia, progreso y eficacia. Esta evaluación permitirá tomar decisiones que permitan mejorar el programa y facilitar la sistematización de las acciones subsiguientes.

Descripción del Programa

Como metas del programa está planteado:

- Propiciar la participación organizada de la comunidad en el cuidado de su salud
- Promover la adopción de factores protectores de las enfermedades cardiovasculares
 - Disminuir los factores de riesgo modificables asociados a la HTA
- Incorporar a personas detectadas con presión arterial elevada al tratamiento y control médico-psicológico

La primera meta define la orientación teórico-metodológica del programa como una intervención de naturaleza comunitaria, fundamentada en un proceso de investigación-acción que busca incorporar activamente a los diferentes miembros de la comunidad en el diseño y discusión de las actividades. Si bien existen algunas de las acciones que por su naturaleza ya están previamente definidas por el equipo de investigadores, la razón de ser de las mismas, su beneficio para la comunidad y para cada uno de sus integrantes es informado y discutido previamente y a lo largo del programa con los participantes. La información a divulgar, los recursos y alternativas para la atención y solución de los problemas identificados igualmente se ajustan a los criterios establecidos

en materia de programas de intervención psicosocial: comprensión, credibilidad, accesibilidad y adaptación cultural a la comunidad. (OPS, 1992, Guillén C. 1996)

Las tres metas planteadas se concretan en el objetivo básico de la intervención, a saber que las personas y grupos de riesgo a ser identificados puedan reducir su vulnerabilidad a desarrollar HTA a través de la participación activa de la comunidad en la educación de la salud y cambios en el estilo de vida. Es decir, la naturaleza del programa toca tanto la prevención específica como la promoción de la salud.

La comunidad educativa en la cual se desarrolla el programa se encuentra en la Zona Metropolitana de Caracas, Venezuela. Cuenta con una población de aproximadamente 5.000 personas entre personal docente, administrativo y alumnos. Contempla desde el pre-escolar hasta educación media diversificada. Incorpora también una escuela especial para alumnos fuera del sistema así como una para niños sordos. En el sector existen 8 edificios que conforman una extensa área escolar en la cual se integran amplias áreas deportivas y zonas verdes.

En su inicio, el programa se planificó para ser desarrollado en varias etapas, centrándose primero en el personal docente y administrativo para luego, a través de acciones conjuntas incorporar a los alumnos y los grupos familiares. Sin embargo, la dinámica de la institución y del propio desarrollo del programa determinaron el cambio de la estrategia inicial. A continuación se describen los objetivos específicos que traducen las metas del programa y las actividades desarrolladas para su cumplimiento

1. Incorporar al equipo directivo, a los docentes y al resto de la comunidad educativa en la planificación y divulgación del programa

Desde su inicio se participó en las reuniones de trabajo que llevaba a cabo el Equipo de salud de la UCV, con los directivos, personal docente y miembros de la comunidad. En estas reuniones se discutieron los fundamentos

de la investigación-acción como estrategia metodológica a seguir y las propuestas de trabajo de acuerdo al área específica de intervención.

2. Obtener información sobre la magnitud del problema de la HTA en la comunidad, los factores de riesgo asociados y la caracterización de la comunidad desde el punto de vista socioeconómico y psicosocial.

Se realizó el diagnóstico de necesidades que incluyó estudio de prevalencia de HTA, caracterización socio-económica, identificación de los factores psicosociales y de riesgo asociados a la HTA, así como creencias y significados existentes en la comunidad docente con respecto a la salud y la Hipertensión Arterial.

2.1 Estudio diagnóstico de la población docente:

Se llevó a cabo una campaña divulgativa cara a cara que garantizara la información a todo el personal docente y administrativo. Después de permanecer 30 días a tiempo completo se logró evaluar a 117 personas (69 % femenino y 31 % masculino) de un total estimado de 280 docentes. *Prevalencia de HTA:* Se determinaron las cifras de presión arterial utilizando presurómetros de Mercurio tipo Caimán y estetoscopios, según las pautas de la OMS. Cada personas recibía la información sobre su P.A. De ser necesario, era remitido a la UHA para su atención y control sucesivo.

Determinación de peso y talla e índice de masa corporal (IMC): Se utilizó una balanza de pie, para medir peso (en kilogramos). También fue utilizado un estadiómetro, para medir talla en metros. El IMC se determinó por la relación entre el peso (Kg) y la talla (mts²).

Identificación del estado de salud general: Se aplicó el cuestionario de salud general (GHQ28) de Goldberg y Hillier (1979) adaptado al español por Lobo Pérez y Artal (1986).

Determinación de las representaciones de la hipertensión arterial y factores protectores y de riesgo. Se aplicó un cuestionario cerrado de tipo escalar con el fin de determinar la representación de la hipertensión arterial, sus posibles causas y consecuencias y factores relacionados con su prevención y control. Se evaluaron hábitos personales y estilos de vida de los docentes.

Muestra voluntaria. N de 117 (69 % F 31 % M).

Tabla № 1 Resultados de estudio diagnóstico en Docentes

OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Determinar prevalencia de HTA en el personal Docente-Administrativo	Presurómetros de mercurio. Protocolo de la OMS/UHA para estudios de prevalencia	Prevalencia según pautas de la OMS 33,3%
Identificar Factores de Ries- go biomédico (Obesidad y Antecedentes Familiares)	Balanza de pie, Estadiómetro, Relación peso/talla. Cuestionario de autoreporte	Obesidad: 57% Antecedentes: 69%. En HT: 80%
Identificación de hábitos, estilo de vida	Cuestionario de autoreporte	Hábitos Tabáquicos Consumo de Alcohol
Identificar Estado de Salud General Índice de Cuidado de Salud	Cuestionario GHQ28 de Gold- berg y Hillier (1979) adaptado al español por Lobo, Pérez y Artal (1986) Cuestionario de autoreporte de grado de satis- facción en indicadores de Distracción, Descanso, Alimen- tación, Sueño y Salud	16% de la muestra en condición de riesgo. 51% están en la categoría de "Cuidado deficiente de salud"
Representaciones de la HTA Información sobre Factores de Riesgo y HTA Conoci- miento de Cifras de P.A	Cuestionario de autoreporte	48% de las personas asocian Presión Arterial a "Fuerza en la Sangre". Poca importancia a factores genéticos. Preocupación por padecer la enfermedad 100%. Desconocían: 56%. Personas hipertensas que ignoraban su condición 42%.
Hábitos	Cuestionario de autoreporte	Caminan siempre: 25% Practican Deporte: 5% Realizan Ejercicio: 5% Practican Relajación: 21%

2.2 Estudio Diagnóstico en la población estudiantil

Participan en el estudio un total de 558 alumnos de séptimo, octavo y noveno año de educación básica con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. En algunas de las actividades que se describen varían la cantidad de estudiantes por cuanto el programa se implementó en distintos momentos, obedeciendo a la planificación académica.

Evaluación de prevalencia de HTA: Se evaluaron 415 estudiantes de 8vo y 9vno años (61,4 hembras y 38,56 varones) de 12 a 18 años de edad, siguiendo las pautas de la OMS/UHA y del Task Force (1987).

Determinación de peso y talla e Indice de masa corporal (IMC) en alumnos: Se utilizó el mismo procedimiento que se aplicó a los docentes.

Estudio de excreción de Sodio (Na) y determinación de Microalbuminuria en alumnos con o sin Presión Arterial (P.A) elevada: La Microalbuminuria fue determinada por el método Micral y fue realizada en una muestra de 34 estudiantes identificados con presión arterial elevada y en 12 normotensos, (Alonso, Quijada, Hernández, García, Gavidia, Fragachán y Chuki, 1999).

La excreción de sodio, potasio y cloro fue realizada en una muestra de 67 adolescentes (29 varones y 38 mujeres, edad media = 14,8 años (Alonso, Quijada, Hernández y García, 1999).

Caracterización socio-económica y psicosocial: Se utilizó un Cuestionario elaborado ad hoc para la investigación, en el cual se incluyeron medidas socioeconómicas, percepción del estado de salud, percepción de síntomas, hábitos de vida (tabáquicos y de consumo de alcohol), medidas de apoyo social y antecedentes familiares. Este cuestionario fue aplicado a un total de 477 estudiantes de ambos sexos.

Significados atribuidos a la salud: Se obtuvo a partir de un cuestionario en el cual se le preguntaba al estudiante ¿qué significa para ti estar sano? Y se le daban 23 afirmaciones como respuestas. El debía seleccionar las que resultaban significativas y luego jerarquizaba las 6 más importantes. Se aplicó

a un total de 558 estudiantes (41,57% varones y 58,43% hembras de 12 a 17 años, edad promedio = 13,8 años).

Opinión sobre campañas de prevención: Este cuestionario fue aplicado a la misma muestra descrita en la actividad anterior y evaluaba si el estudiante había recibido información en materia de salud (prevención de embarazos, de accidentes, tabaco, drogas, alcohol y violencia) y de enfermedades como el SIDA, cólera y dengue; quién le había dado la información sobre estos temas y qué importancia le daban.

Identificación del grupo de riesgo para evaluación respectiva en la UHA: Para la determinación de estos grupos se tomaron en cuenta los resultados de prevalencia de cifras de presión arterial normal alta y alta en conjunto con los factores de riesgo asociados a la hipertensión. La meta establecida era citar a todo el grupo de riesgo a la UHA para que fueran incorporados al tratamiento y control médico-psicológico.

Tabla № 2. Resultados de las Actividades realizadas con los alumnos

OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Información sobre la magnitud del proble- ma de HTA	N = 415	Presurómetros de mercurio. Protocolo de la OMS/UHA para estudios de prevalencia	44 adolescentes entre 12-18 años (10,6%) con HTA y Presión Normal Alta
Determinación de factores biomédicos: Indice de Masa Corporal Antecedentes familiares de HTA	N = 415	Balanza de pie y estadiómetro	12% de sobrepeso y obesidad.
Determinación de Microalbuminuria	N = 46 subgrupo (34 riesgo y 12 control)	Cuestionario de autoreporte a los representantes Método Micral-Test-	n = 16 (34%) normoal- buminúricos. n = 30 (65,2 %) microal- buminúricos. Correlación positiva esta- dísticamente significativa 16,87 (p<0,01) al relacionar
Determinación de excreción renal de Na.	N = 64	Electrolitos en orina	el grupo de riesgo y micro- albuminuria. Na 185 meq/24 h, K 46 meq/24h, Cl 210 meq/24h

Determinación de Factores Psicosociales	N = 477	Cuestionario diseñado ad hoc para la investigación	
 (Tabaco, Alcohol) Percepción de "síntomas problema" 		Reporte de síntomas según escala	Fuman: 2% Alcohol ocasional: 52% Dolor de cabeza: 61% Tristeza, llanto: 29% Dif. Concentrase: 27% Tensión muscular: 22%
 Evaluación de significado de salud Percepción de salud 	N = 558 N = 447	Cuestionario diseñado ad hoc para la investigación	Salud es "Disfrutar con la familia" 87% dicen disfrutar de "buena salud"
Importancia otorgada a campañas de prevención	N = 558	Cuestionario diseñado ad hoc para la investigación	Reportan tener información pero no la consideran importantes
Concientizar sobre Na como factor de riesgo	N = 86	Experimento sobre determinación de Umbral y Gusto por el Na	Preferencias por altas concentraciones de Na
Concientizar sobre Factores protectores (manejo de estrés)	N = 91 N = 110	2 talleres psicoeducativos con evaluación pre y post	63% reportó necesidad de continuar con ayuda para manejar presión emocional y arterial

3. Incorporar al personal docente y a los alumnos en el proceso de investigación, como una vía de participación en la generación de conocimiento acerca de la situación de salud en la comunidad educativa.

Divulgación de información sobre la HTA: Se dictaron talleres informativos y se preparó material de apoyo sobre la toma de presión arterial y calibración de presurómetros de mercurio. El aprendizaje de la técnica era una actividad motivante y educativa que permitía además discutir las implicaciones y significados de esta medida.

Divulgación de los resultados del estudio epidemiológico: Elaboración de fichas personalizadas, reuniones con representantes, maestros y alumnos.

Talleres de determinación del "Umbral y Gusto de Na" En este taller participaron 86 estudiantes de 9no año (31,39% varones y 68,61% hembras) y el mismo tenía como fin que los estudiantes participaran en la determinación del umbral y el gusto por la sal, como una estrategia de concientización en torno al alto consumo de sal.

4. Desarrollar habilidades instrumentales en la población objetivo, que permitan afrontar favorablemente los factores de riesgo detectados e incentivar la participación del grupo en la adopción de factores protectores.

Taller "De la presión a la expresión" dirigido a los alumnos de 8vo y 9no año: El objetivo de este taller era informar al estudiante sobre los diversos significados del concepto de "Presión", estableciendo las diferencias entre "presión arterial y presión emocional". Participaron 91 estudiantes (65,93% hembras y 34,07% varones) y fue evaluado mediante un cuestionario antes y después, los cuales permitieron probar la eficacia de la intervención realizada.

Taller de evaluación de factores estresantes: El taller tenía como objetivo que los estudiantes describieran las situaciones que los presionan, describieran las maneras de afrontarlas y evaluaran si su estilo estaba dirigido a la emoción o al problema identificado. Así mismo, evaluaban si lo que hacían funcionaba o no.

En total participaron 110 estudiantes (30,90% varones y 69,10% hembras).

Evaluación del programa

En la evaluación del programa se siguen los lineamientos de Fernández-Ballesteros (1995c) que incluyen criterios de pertinencia del programa sobre la base de las necesidades de la población, suficiencia en base a las metas y objetivos, progreso (análisis de implantación), eficacia (sobre la base de los objetivos y metas).

También se toman en cuenta para los análisis de la efectividad las fases de cambio y de adopción de precauciones de Weinstein (1988) y de Prochaska, Di Clemente y Norcross (1992).

A continuación se realizará la evaluación de acuerdo a los distintos criterios nombrados:

Pertinencia: para evaluar la pertinencia del programa se considera si el mismo era necesario para la población en la que ha sido aplicado, de acuerdo a sus necesidades. Para ello, el presente programa partió del diagnóstico de necesidades, de la devolución de los resultados y de intervenciones educativas que permitieran una toma de conciencia en la comunidad sobre la magnitud e importancia del problema. Se puede afirmar que el programa era y sigue siendo necesario para dicha población debido a la magnitud del riesgo detectado. Además, la retroalimentación recibida de los estudiantes demostró interés y necesidad de guía en referencia a su salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el diagnóstico de necesidades se planificaron las actividades específicas para el programa y se descartaron aquellas que no resultaron relevantes. Por ejemplo, no se diseñaron programas de control tabáquico dados los resultados obtenidos.

Se tomó en cuenta la encuesta de opinión acerca de las campañas divulgativas de salud, que revelaron bajo interés y motivación por las mismas de parte de los estudiantes. Por esta razón se llevaron a cabo intervenciones directas por medio de sesiones grupales y talleres psicoeducativos con especial atención a la motivación y toma de conciencia sobre el tema. La retroalimentación sobre el contenido de los talleres era inmediata, lo cual permitía evaluar el efecto de los mismos.

Por otro lado, los resultados obtenidos en la determinación de excreción de sodio y microalbuminuria en los estudiantes, plantearon la necesidad del taller "Umbral y Gusto por la Sal" que buscaba propiciar la toma de conciencia en los estudiantes acerca de su consumo de sal. De esta forma el programa se iba reestructurando a medida que surgían o se detectaban las necesidades, logrando mayor pertinencia.

Suficiencia: Hay evidencia empírica acerca de los efectos de las medidas de prevención en presión arterial elevada (Fragachán y Cardona, 1989; Messerli, Schmieder y Weir, 1997; Yunis y Krob, 1998; Fodor, Whitmore, Leenen y Larochele, 1999; Kornitzer, Dramaix y De Backer, 1999) y sobre los efectos de programas realizados con adolescentes (Prokhorov, Perry, Kelder y Klepp, 1993; Fardy y col. 1995). Asimismo para la salud y cambios en el estilo de vida (Nader y col., 1996). Con respecto a la disposición al cambio de comportamientos de riesgo según la teoría de Prochaska (1990) y Prochaska, Di Clemente y Norcross (1992) se establece que las personas pasan por diferentes etapas o estados de cambio y la información tiene que ajustarse a los mismos. En nuestro caso, se demostró la magnitud de los factores de riesgo existentes en la comunidad, la preocupación por la enfermedad y la existencia de una representación de la hipertensión arterial contradictoria con la concepción médica actual. Se manejó información específica que modificara las creencias existentes a la conceptualización de la presión arterial, y su control. Cada persona evaluada ha recibido un informe escrito de sus resultados y de su condición de riesgo en relación a la hipertensión arterial. Además saben que tiene a su disposición cualquier ayuda que deseen en la Unidad de Hipertensión Arterial. De hecho, algunos de ellos comenzaron a asistir al control médicopsicológico, pasando así a una nueva fase del proceso de cambio.

De acuerdo con lo descrito, se considera que el programa es suficiente porque los medios de los que se dispone se prestan completamente a cumplir con los objetivos y metas propuestas.

Progreso: La evaluación en el presente programa ha sido más del tipo procesual porque permite mejorar el programa sobre la marcha y juzgar si se está desarrollando en el sentido previsto. Además, permite tomar decisiones según van ocurriendo sucesos, de forma tal que el programa no se ve tan afectado por los imprevistos y se adapta a las necesidades que van emergiendo en el curso del programa.

El análisis de la implantación del programa implica evaluar en qué grado se están o se han llevado a cabo las acciones planificadas. En este caso se puede decir que se ha cumplido una alta proporción de las acciones previstas. Se han llevado a cabo las reuniones de planificación y discusión para la buena marcha del programa; se realizó el diagnóstico de necesidades que incluyó estudios de prevalencia, identificación de factores de riesgo y protectores asociados a la HTA, se han evaluado las creencias y conocimientos acerca de salud y enfermedad en la población. Igualmente se diseñaron y aplicaron talleres de intervención psicoeducativos con estudiantes, y han entrado en control médico algunos profesores y alumnos identificados como población de riesgo.

El diseño elaborado inicialmente tomaba a la población docente como población objetivo, con la intención, expresamente manejada con ellos, de incorporarlos como agentes multiplicadores del programa. Este objetivo no tuvo acogida. El planteamiento de los docentes era que se trabajara directamente con los alumnos. Por esta razón, se cambió la estrategia iniciándose el estudio de prevalencia en los estudiantes así como las intervenciones psicoeducativas a través de diversos talleres de acuerdo a las necesidades identificadas.

Con respecto a la inclusión de las familias se realizaron reuniones con los padres y representantes de los alumnos, manteniéndolos informados sobre los estudios que se realizan con sus representados, así como los resultados obtenidos.

Evaluación de Resultados

Eficacia: para evaluar la eficacia del programa se recordarán primero las metas y objetivos del mismo: las metas incluyen propiciar la participación organizada de la comunidad en el cuidado de la salud, promover adopción de factores protectores de enfermedades cardiovasculares, reducir los factores de riesgo asociados a la HTA e incorporar a personas detectadas con presión arterial elevada al tratamiento y control médico-psicológico. Los objetivos planteados son que el grupo de riesgo pueda reducir la vulnerabilidad a desarrollar HTA mediante la participación activa de la comunidad en la educación para la salud y cambios en el estilo de vida.

De acuerdo con lo planteado, se han cumplido algunas metas y objetivos, y hay otros que están en proceso. Entre estos se encuentran la promoción de factores protectores y disminución de factores de riesgo, particularmente en el consumo de sal. Al nivel cualitativo, evaluado a través de encuestas de opinión y grupos de discusión, los estudiantes indican una toma de conciencia sobre el consumo de sal, en sí mismo y en sus hogares.

En la continuación del programa está planteado mediciones objetivas a través de indicadores bio médicos que permitan corroborar estos resultados.

La meta de propiciar la participación más activa de la comunidad en el cuidado de su salud ha sido la más difícil de lograr. Los profesores en general demostraron poco interés en el desarrollo del programa, a pesar de la información suministrada y de los resultados obtenidos en el estudio diagnóstico. La respuesta de las familias de los muchachos apenas se ha iniciado. El grupo más participativo han sido los estudiantes. Un aspecto que ha sido determinante son los cambios ocurridos en la dirección del plantel, los cuales han generado conflictos en la organización de la comunidad, cuestionando incluso la participación de la Universidad. El convenio firmado entre los ministerios, la universidad y la institución educativa ha presentado múltiples dificultades en los niveles operativos involucrados, que afectaron considerablemente la continuidad del Proyecto. Los problemas políticos a nivel nacional, han retardado considerablemente la continuidad del programa. El resultado final ha sido un incremento en los costos del programa y en los esfuerzos para mantenerlo.

La reducción de la vulnerabilidad a desarrollar HTA en las personas y grupos identificados como de alto riesgo no se puede evaluar todavía ya que el porcentaje de personas con presión arterial que ha entrado en control médico-psicológico apenas se está iniciando y el reto es propiciar el paso a las siguientes etapas de cambio, como lo describen Prochaska (1990) y Prochaska, Di Clemente y Norcross (1992). Las personas en riesgo manejan más información y saben que existe una Institución a la cual pueden acudir, independientemente de que sean miembros o no de la Comunidad Educativa. Paulatinamente se ha ido observando una respuesta más activa en el resto de la comunidad, en la medida en que observan las intervenciones realizadas con los alumnos.

Eficiencia: la eficiencia del estudio no ha sido la esperada debido a que el cronograma inicial se extendió en el tiempo, lo cual aumentó los costos. Es una meta actual que una réplica del programa en otras instituciones logre una mejor eficiencia en base a la experiencia adquirida.

Efectividad: la evaluación de la efectividad del programa es sobre la base de los efectos producidos por el mismo en la población objetivo. Hasta ahora no se ha recabado la información suficiente porque todavía se está en proceso de recibir docentes, familias y estudiantes que quieran incorporarse y no se han realizado todas las medidas posteriores en las personas que entraron al tratamiento.

Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos hasta el presente se confirma la dificultad de mantener un programa de prevención. Se puede afirmar que el programa ha demostrado su importancia y relevancia en los datos obtenidos. El estado de salud diagnosticado a través de los indicadores evaluados requiere de una serie de intervenciones que ayuden a prevenirlos y tratarlos. Por ser la mayoría de estos indicadores de naturaleza *silenciosa*, sin efectos dramáticos inmediatos, la toma de conciencia acerca de los mismos requiere de una cuidadosa y sostenida intervención.

Las cifras de prevalencia de presión arterial (de 33,3% en docentes 10,6% en estudiantes), los hallazgos en los factores de riesgo asociados a hipertensión arterial y las consecuencias que éstos pueden tener (López, 1989; Alvarez, 1998; Guggisberg, 1998; Alvarez, 2000), enfatizan la necesidad de realizar programas de prevención específica en hipertensión arterial, en los cuales se incluya el control médico-psicológico a las personas en riesgo, se incorporen sistemáticamente nuevos casos y se eduque a la población al respecto para así eliminar consecuencias evitables y estimular a la comunidad a tener estilos de vida saludables. El hecho de llevar a cabo este programa en una comunidad educativa hace posible tener control sobre la marcha de las acciones de

prevención e intervención, así como la evaluación de sus efectos y la replicabilidad del programa.

La evaluación de tipo procesual es crucial, puesto que ha hecho posible incorporar modificaciones en el programa que lo adapten a necesidades emergentes a medida que se va desarrollando. Esta evaluación permanente han permitido superar los obstáculos e impedir el fracaso. Por otra parte, el diagnóstico de necesidades que incluya todas las complejas variables que lo caracteriza, resulta vital porque los problemas de una comunidad pueden ser desconocidos para sus integrantes y no ser apreciados en su real magnitud. La divulgación del diagnóstico de necesidades, junto con la evaluación procesual, permiten adaptar programas a los procesos de cambio y mediar con las barreras propias de estos procesos en la comunidad (Weinstein, 1988). Esto, si bien puede afectar la eficiencia del programa, respeta el ritmo de la comunidad en aceptar e incorporar una intervención y lograr una mayor efectividad.

De acuerdo a la experiencia vivida con los estudiantes, se puede afirmar que la realización de programas con técnicas de talleres y sesiones grupales, con atención individualizada hacia personas que lo requieran en el momento oportuno, resultan ser eficaces, eficientes y efectivas porque la información llega directamente a las personas de mayor riesgo, se capta más fácilmente su atención, se producen resultados inmediatos, y se logra un mayor grado de aceptación y credibilidad en la comunidad, lo que facilita la implementación y la continuidad del programa.

La inclusión de las familias en el programa es de gran importancia, ya que éstas proveen una mayor fuente de influencia y modelaje sobre las conductas de salud del estudiante (Baranowski y Nader, 1985) y además se evitan choques o conflictos entre lo que aprende el joven en la escuela y sus patrones familiares. De esta forma, se puede incrementar la efectividad del programa (Fardy y col., 1995; Nader y col. 1996). En esta comunidad el valor fundamental para los estudiantes en lo que respecta a la salud es "poder disfrutar con la familia, practicar deportes, tener una alimentación balanceada, no fumar y vivir muchos años". La apariencia física, así como los aspectos

relativos a la salud mental y a su corporeidad no son valorados en el mismo nivel de importancia. Vale la pena destacar que los principales problemas detectados han sido la obesidad y los síntomas relativos a la dificultad para manejar problemas emocionales, unidos hasta ahora a una escasa respuesta de las familias. Esto plantea el reto de seguir esforzándonos en estos problemas, lograr que las personas amplíen la concepción de salud que manejan y propiciar una mayor congruencia entre valores y estilo de vida.

Para finalizar, queremos destacar como un logro importante del programa el mismo hecho de poderlo mantener e ir generando paulatinamente su aceptación en la comunidad.

Bibliografía

- Alonso, E., Quijada, M., Hernández, N., García, P., Gavidia, I., Fragachán, F. y Chuki, E. (1999). Microalbuminuria en Adolescentes Hipertensos y Normotensos. Trabajo presentado en calidad de Poster en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Nefrología Pediátrica, del 7 al 12 de noviembre, Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela.
- Alvarez, R., Farías, R., Delgado, A., Guggisberg, W., Chuki, E., Korchoff, W., Y Fragachán, F. (1998). Estudio Epidemológico de Enfermedades Hipertensivas en Venezuela. Período 1990-1994. Avances Cardiológicos, 18(4): 115.
- Alvarez, R. (2000). Hipertensión Arterial. Estudio Epidemiológico de Factores de Riesgo Asociados. Trabajo Especial de Investigación presentado ante la Universidad Central de Venezuela para optar al título de Especialista en Epidemiología. Caracas, Venezuela.
- Barawoski, T. y Nader, P. (1985). Family Health Behavior. En Turk, D., y Kerns, R. (Eds.) *Health, Illnes and Families: a life span perspective*. New York: Wiley-Interscience.
- Delgado, A., Di Rupo, D., Farías, R. y Guggisberg, W. (1999). Prevalencia de Hipertensión Arterial en Adolescentes pertenecientes a la Unidad Educativa

- *Gran Colombia: Estudio Transversal 1998-1999*. Informe presentado a la Unidad de Hipertensión Arterial, Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Fardy, P., White, R., Clark, L., Amodio, G., Hurster, M., McDermott, K. y Magel, J. (1995). Health Promotion in Minority Adolescents: A Health People 2000 Pilot Study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 15:65-72.
- Fernández-Ballesteros, R. (1995a). Cuestiones Conceptuales Básicas en Evaluación de Programas. En Fernández-Ballesteros, R. (Ed). *Evaluación de Programas. Una Guía Práctica en Ambitos Sociales, Educativos y de Salud* (Cap. 1). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Fernández-Ballesteros, R. (1995b). El Ciclo de Intervención Social y Evaluación. En Fernpandez-Ballesteros, R. (Ed). Evaluación de Programas. Una Guía Práctica en Ambitos Sociales, Educativos y de Salud. (Cap. 2). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Fernández-Ballesteros, R. (1995c). El Proceso de Evaluación de Programas. En Fernpandez-Ballesteros, R. (Ed). Evaluación de Programas. Una Guía Práctica en Ambitos Sociales, Educativos y de Salud (Cap. 3). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Fodor, J., Whitmore, B., Leenen, F. y Larochelle, P. (1999). Lifestyle modifications to prevent and control hypertensión. 5. Recomendations on dietary salt. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. CMAJ 160(9 Suppl): s29-34.
- Fragachán, F. y Cardona, R. (1989). Sal e Hipertensión Arterial. En Cardona (Ed.) *Nuevas Fronteras en Hipertensión Arterial*. Mecanismos, Evolución, tratamiento y Pronóstico. Caracas: Ediciones Galénicas, C.A.
- Frojan, M.X. y Santacreu J. (1995). Evaluación de Programas. Una Guía Práctica en Ambitos Sociales, Educativos y de Salud (Cap. 9). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

- Gisbert, C. y Rodríguez, P.R. (1995). La Representación del Cuerpo en el Paciente Hipertenso. Trabajo que se presenta ante la Universidad Central de Venezuela para optar a las categorías de profesor Asociado y Agregado respectivamente. Escuela Luis Razzetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9:139-145.
- Guggisbert, W., Farías, R., Delgado, A., Alvarez, R., Chuko, E., Korchoff, W. Y Fragachán, F. (1998). Estudio Clínico Epidemiológico de los Pacientes Hipertensos de la Unidad de Hipertensión Arterial año 1997. Avances Cardiológicos 18(4): 114.
- Guillén, C. (1996). *Intervención Psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces*. Santa Fé de Bogotá, Colombia: Editorial Anthropos y Ediciones Uniandes.
- Joint National Committe (1997). The Sixth Report of Joint National Committe on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNCVI). Archives Internal Medicine. 157(24): 2413-2446.
- Kornitzer, M., Dramaix, M. y De Backer, G (1999). Epidemiology of risk factors for hypertension: implications for prevention and therapy. *Drugs* 57(5): 695-712.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish Population. *Psychological Medicine*, 16:135-140.
- López, B. (1989) Epidemiología de la Hipertensión Arterial. En Cardona (Ed.) Nuevas Fronteras en Hipertensión Arterial. Mecanismos, Evolución, Tratamiento y Pronóstico. Caracas: Ediciones Galénicas, C.A.
- Messerli, F., Schmider, R. y Weir, M. (1997). Salt. A perpetrator of hypertensive target organ desease? *Archives of Internal Medicine* 157 (21): 2449-2452.

- Nader, P., Sellers, D., Johnson, C., Perry, C., Stone, E., Cook, K., Bebchuk, J. y Luepker, R. (1996). The Effect of Adult Participation in a School-Based Family Intervention to Improve Children's Diet and Physical Activity: The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. *Preventive Medicine* 25: 455-464.
- Organización Panamericana de la Salud, (1992). Manual de Comunicación Social para Programas de Salud. Programa Promoción de la Salud (HPA). Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington: NIH No. 89-1493.
- Prochaska, J.O. (1990). Treating Addictive Behaviors. Processes of Change. *Journal of Human Hypertension*. 4(Supplement 1).
- Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In Search of How People Change, Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist* 43(9): 1102-1114.
- Prokhorov, A., Perry, C., Kelder, S., y Kleep, K. (1993). Lifestyle Values of Adolescents: Results from Minnesota Heart Health Youth Program. Adolescence 28 (111): 637-647.
- Rodríguez, V., Rojas, G., Ruíz, M.A. Saavedra M. y Salvador, I. (1997) Estudio sobre Presencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo en la Población Docente de la "Unidad Educativa Nacional Gran Colombia" de la Zona Metropolitana de Caracas en el Período Lectivo Comprendido entre los Años 1996-1997. Informe presentado en la Asignatura: Salud Pública V, Cátedra de Medicina Preventiva y Social, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela "Luis Razetti", Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.
- Task Force on Blood Pressure Control in Children. (1987). Report of the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. *Pediatrics*, 79: 1-25.
- Weinstein, N. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology* 4:355-385.

Catalina Gandica, Rosalba Álvares, Ismael Gavidia, Elias Chuki y Francisco Fragachán

World Health Organization (1999). International Society Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *Journal of Hypertension*, 17: 151-185.

Yunis, C. Y Krob, H. (1998). Status of health and prevalence of hypertension in Brazil. *Ethnical Diseases* 8(3): 406-412.

Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria Normas para el envío de originales

La revista es editada por la Universidad Católica Andrés Bello a través de su Programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria. Se solicitan contribuciones que consistan en: reportes de investigaciones empíricas o documentales, presentaciones de casos o ensayos científicos en el área de la Psicología Clínica y/o Comunitaria relevantes para el contexto venezolano.

Estas contribuciones serán sometidas a arbitraje por el equipo de árbitros. Se evaluarán sobre la base de los criterios de: originalidad, validez, relevancia y mérito científico.

Estilo de los Manuscritos

- Los manuscritos deberán ser elaborados siguiendo las normas de redacción propuestas en el Manual de Estilo de las Publicaciones del American Psychological Association (Primera Edición en Español).
- Si desea proponer un formato alternativo, éste debe ser discutido con el Comité Editorial para su consideración.
- Todos los manuscritos deben incluir un resumen con un máximo de 120 palabras y las referencias bibliográficas citadas según las normas de la American Psychological Association.

Proceso Editorial

- Todos los artículos serán revisados para ajustarse al estilo editorial de la revista. Las correcciones propuestas serán discutidas con los autores. Los manuscritos serán arbitrados por los árbitros asignados por el comité.
- Los autores deben mantener disponibles los datos de su investigación durante un período de dos años posterior a haber entregado el manuscrito al Comité Editorial en caso de que éste solicite su revisión.

Entrega de los Escritos

- •Se debe hacer entrega del artículo impreso junto con dos copías y un archivo *Word* en un disquete.
- Se entregan dichos escritos en la oficina del Programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria.

Información:

Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria

Programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria

Universidad Católica Andrés Bello

Edf. de Postgrado

Urb. Montalbán - La Vega, 20332

Caracas, Venezuela

Correo electrónico: juaromer@ucab.edu.ve

mllorens@ucab.edu.ve

teléfono: 407-4304

Árbitros Externos

David Eprhaim (Universidad Simon Fraser, Canadá)