

A diferencia de los abstemios, no sacan provecho alguno de las oportunidades de estímulos culturales o de trabajo más interesante e intenso que existen. En forma significativa, los aldeanos que no beben han descartado los tipos culturales tradicionales y han combatido el fastidio por medio del deporte, de actividades culturales y de su trabajo. Estos individuos han abandonado asimismo el patrón exagerado del "machismo" compensado, con sus concomitantes de la bebida y la violencia, en favor de una imagen de la masculinidad basada más en la capacitación que en la agresión.

## ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD Y PRONÓSTICO

Franz Heigl \*

PROBABLEMENTE a todo analista lo habrán acosado ya preguntas por el estilo de las siguientes: ¿Por qué ha perdido este paciente su grave neurosis compulsiva en el análisis? ¿Por qué ha interrumpido aquel paciente agorafobo el tratamiento después de 350 horas de análisis? ¿Por qué se prolonga el análisis tan indefinidamente, precisamente en esta estructura histérica de carácter? Semejantes preguntas conducen luego a la reflexión de cuáles caracteres pronósticos se habrán pasado por alto al principio de los tratamientos.

Las variables que determinan el pronóstico de un tratamiento analítico son tres:

- 1) la psicodinámica del paciente, o sea, el tipo de su estructura de personalidad;
- 2) las condiciones actuales de vida del paciente, así como sus dotes y talentos, y
- 3) la experiencia y la habilidad del terapeuta y, además, la clase y el grado de su contratransferencia.

En este estudio sólo quisiera ocuparme del primero de los factores mencionados, esto es, de la conexión entre el pronóstico y la estructura de personalidad del paciente.

El pronóstico ha de servir aquí a la predicción del carácter analizable del paciente y a la posición de indicación de un método de tratamiento perfectamente determinado, el cual está determinado a su vez por los trastornos existentes y, por tanto, por el objetivo del tratamiento. Como métodos de tratamiento habría que mencionar, en forma muy general, métodos psicoanalíticos en sentido restringido y métodos psicoterapéuticos en sentido más lato. Los primeros derivan su técnica de tratamiento de un modelo de estructura obtenido a partir de la experiencia. Los segundos, en cambio, designados también en parte como procedimientos pragmáticos, carecen de la referencia estricta a uno de tales modelos. En ambos métodos habría que distinguir a su vez entre el tratamiento clínico y el ambulante, entre el de grupo y el individual, entre la llamada terapia breve y la larga, designándose también esta última como gran análisis.

Es ante todo el objetivo del tratamiento el que determina el pronóstico y, con él, la indicación de la terapia. Así, por ejemplo, plantea Fromm (1)† la pregunta acerca de las razones de los resultados decepcionantes del análisis de carácter que Freud señala en su último trabajo técnico, *Die endliche und die*

\* Dr. Med. Este artículo fue publicado bajo el título de "Persönlichkeitsstruktur und Prognose" en la *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin*, vol. X, núm. 2, 1964.

† Las llamadas se refieren a la Bibliografía, al final de este artículo. [E.]



*unendliche Analyse* ("El análisis finito e infinito"). Incita a sustituir el objetivo terapéutico de una mera curación de síntomas por una transformación más o menos extensa del individuo entero. También Karen Horney (2) postula como objetivo del tratamiento la auto-realización del paciente. Schultz-Hencke (3) persigue en primer lugar la eliminación de la sintomatología neurótica; eliminación, sin embargo, anclada en un cambio de estructura del paciente. Alexander (4), por su parte, expresa la opinión de que los objetivos cambian en el curso del tratamiento. Cada cambio de la personalidad del paciente propone nuevos objetivos.

Rado (5) ha establecido para los diversos objetivos de un análisis y para los métodos de tratamiento correspondientes un esquema en el que parte de la actitud probable del paciente frente al tratamiento, o sea, pues, de su voluntad de transferencia. Rado describe cuatro planos de la actitud de tratamiento del paciente.

Primero, como plano o grado inferior, la actitud mágica del paciente, que culmina en la pretensión: el médico ha de hacerlo todo por mí, casi por medio de magia. Los procedimientos de tratamiento que corresponden a semejante actitud los designa Rado como métodos reparativos, y cuenta entre ellos la hipnoterapia y la hipnocatarsis. Según él, la primera produce un efecto oculante y calmante, en tanto que la segunda persigue una reacción liberadora de los afectos acumulados del paciente. Como plano inmediatamente superior —visto desde el aspecto de la madurez del paciente— se menciona la actitud filiofaterna del paciente. La expectativa del paciente que resulta de esta actitud puede formularse más o menos de la siguiente manera: si soy un niño bueno y obediente, entonces el médico se esforzará también en mi favor. Sirven para el tratamiento de tales pacientes los métodos cuasi-reconstructivos, entre los que figuran la terapia normal o clásica, así como diversas formas de terapia breve. El objetivo de semejante tratamiento consiste al parecer en la auto-realización del paciente; al parecer, porque la dependencia emocional del terapeuta no se resuelve. En efecto, Freud no ha indicado en ninguna de sus obras cómo podría desprenderse la transferencia positiva del paciente al analista.

Frente a estas formas más bien infantiles de la actitud terapéutica del paciente, y al propio tiempo en transición fluida hacia ellas, se sitúan las formas más adultas de la voluntad de transferencia del paciente. Rado distingue aquí, en orden ascendente:

- 1) la actitud de auto-confianza del paciente: He de aprender cómo puedo ayudarme de la mejor manera;
- 2) la actitud de aspiración del paciente: coopero de buena gana con el médico, quien me brinda una oportunidad de crecimiento ulterior.

Para el tratamiento de estos tipos de actitud se dispone de los métodos reconstructivos, cuyo objetivo es la auto-realización del paciente. Habremos de volver a recurrir al esquema más adelante, en ocasión de la exposición de los criterios de pronóstico.

Después de estas consideraciones previas, quisiera precisar la tarea que me he propuesto con el presente estudio: Se trata de exponer criterios de pronóstico que sean válidos para los procedimientos analíticos, esto es, para los métodos cuasi-reconstructivos y constructivos en el sentido de Rado. El objetivo del tratamiento psicoanalítico se ve, aquí, en una eliminación de síntomas mediante

cambio de estructura, que puede conducir en casos determinados, según el cambio y la decisión del paciente, a la aspiración de auto-realización.

Quisiera distinguir en el paciente tres clases de características pronósticas:

- 1) los criterios estructurales o psicodinámicos,
- 2) los factores fatales en la vida del paciente, y
- 3) las características innatas.

Examinó especialmente los factores pronósticos estructurales, o sea, la variable psico-dinámica.

Antes, sin embargo, conviene responder a estas dos preguntas: 1) ¿Qué criterios de pronóstico ha establecido Freud? Y 2) ¿Estaban o no referidos estos criterios a un modelo de estructura?

En su publicación *Über Psychotherapie* ("De la psicoterapia") aparecida en 1904, Freud menciona las siguientes indicaciones y contraindicaciones del tratamiento psicoanalítico: El paciente ha de poseer en primer lugar cierto grado de cultura y un carácter hasta cierto punto responsable. La terapia no debe aplicarse cuando el paciente mismo no se vea impelido a ello por su propio sufrimiento, sino que se somete al tratamiento por mandato autoritario de sus familiares. Además exige Freud lo que él llama la educabilidad del paciente. Entiende por educabilidad la voluntad del paciente de sobreponerse a las resistencias interiores contra el proceso analítico. La psicosis, los estados de confusión y la irritación profunda los consideró Freud en aquella época como inapropiados en relación con el tratamiento analítico. También la edad del paciente juega un papel en la elección del tratamiento psicoanalítico; según Freud, los pacientes mayores de 50 años apenas se prestaban ya, debido a la plasticidad deficiente de sus procesos anímicos, para la terapia. Freud ve además otra contraindicación en la exigencia de una rápida eliminación de los síntomas por parte del paciente.

Freud sólo enfila los diversos criterios de pronósticos en forma suelta, sin referencia a modelo de estructura alguno. Esta referencia había de faltar entonces todavía, porque en 1904 no existía aún un modelo propiamente dicho de personalidad. En aquel tiempo, Freud operaba solamente con los tres sistemas o instancias de la conciencia de la percepción, de lo preconscious y de lo inconsciente.

Los criterios de pronóstico considerados actualmente como más importantes, así entre otros por Alexander, Fromm, Horney, Rado y Schultz-Hencke, son la *presión de dolencia* y la *voluntad de curación*. El primero de estos criterios aparece ya en las exposiciones de Freud, en tanto que el segundo falta en ellas. Sin embargo, tal vez el concepto de la *educabilidad* de Freud apunte a algo parecido a la voluntad de curación, o a la función regenerativa del yo según Alexander, o a la expectativa de placer según Rado, o al grado de la orientación productiva en Fromm. A mí, sin embargo, el concepto de la educabilidad me parece estar más emparentado con la tolerancia de frustración —concepto empleado a menudo por el psicoanálisis. Se define como tolerancia de frustración la capacidad del individuo para soportar miedo y tensiones. En este sentido podría hablarse también, como lo ha hecho Frede-



rick Weiss en una comunicación epistolar de una capacidad de dolencia del paciente.

En sus obras técnicas publicadas de 1912 a 1924, Freud sólo se ocupa del pronóstico en forma esporádica, pero no sistemática. Subraya reiteradamente la importancia de la presión de dolencia. Introduce como factor psicodinámico nuevo la satisfacción de sustitución y señala, además, la situación vital actual desfavorable como síntoma pronóstico negativo, como por ejemplo, en el agorafobo. Según él, la mejor manera de aclarar el pronóstico es mediante un tratamiento de prueba de un par de semanas.

Por primera vez —aunque no en forma explícita—, Freud se refiere a la estructura del carácter y su significado pronóstico en su investigación, publicada en 1915, sobre: *Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit* ("Algunos tipos de carácter de la labor psicoanalítica"). En la descripción de las llamadas "excepciones", señala la pretensión de indemnización de una paciente afectada de un daño temprano del narcisismo. En el examen de los tipos de carácter "que fracasan en el éxito", destaca las tendencias punitivas de la conciencia. El tercer tipo de carácter, "los criminales por conciencia de culpabilidad", sirve de ejemplo del significado pronóstico de los sentimientos de culpa.

En su última obra técnica, *Die endliche und die unendliche Analyse* ("El análisis finito e infinito"), Freud menciona como elementos determinantes de las probabilidades favorables de la terapia analítica los siguientes:

- 1) la fuerza instintiva constitucional, o sea un factor innato;
- 2) el cambio del yo, esto es, un elemento estructural;
- 3) la influencia de traumas como criterio fatal, y
- 4) la peculiaridad del analista.

En esta conexión nos interesa especialmente el factor estructural, esto es, el cambio del yo. Se trata en ello de la siguiente pregunta: ¿Cuán fuertes son las resistencias del paciente contra el análisis y, por tanto, contra la curación? Freud designa como resistencia más fuerte contra la curación la conciencia de culpabilidad y la necesidad de castigo del paciente, el masoquismo inmanente y la reacción terapéutica negativa. Después de tales experiencias, cree Freud, ya no es posible mantener la creencia de que el acontecer psíquico se halla dominado exclusivamente por aspiraciones de placer, observación sobre la que habré de volver todavía. Llevan asimismo un acento pronóstico las observaciones de Freud acerca de la envidia del pene por parte de la mujer y del complejo de feminidad del hombre, que él pone entre las más fuertes resistencias a la transferencia en general. Con el trabajo sobre *El análisis finito e infinito*, en el que se aclara el enlace con la teoría de la estructura del ello, el yo y el super-yo, es probable que Freud no se propusiera tanto destacar criterios pronósticos como, antes bien, fijar los límites de la terapia analítica.

Hasta aquí Freud. De los numerosos autores que se han ocupado de la cuestión del pronóstico —recuerdo aquí los nombres de Anna Freud (6), Abraham (7), Waelder (8), Glover (9), Nunberg (10), Eisler (11) y en los últimos tiempos especialmente Dührssen (12) y Wiegman (13)—, quisiera entresacar dos, los cuales se han ocupado de la manera más sistemática, que yo sepa, con el problema del pronóstico, a saber: Franz Alexander (14) y Harald

Schultz-Hencke (3). Por lo demás las contribuciones de los autores mencionados en primer lugar han sido expuestas y apreciadas en parte por Waldhorn (15), en un trabajo aparecido en 1960 en el *Psychoanalytic Quarterly*.

Volvámonos ahora hacia Alexander y Schultz-Hencke. Según traté de señalarlo en una consideración comparada de los factores pronósticos en Schultz-Hencke y Alexander publicada en 1958 (16), se da entre los esquemas de pronóstico de los dos autores una concordancia sorprendentemente vasta.

Faltan en Alexander —al menos explícitamente— los factores presión de dolencia, sintomática primordial persistente e ideologías, mencionados por Schultz-Hencke. En éste, en cambio, faltan los criterios test de resultado, grado de la salud en las pausas libres de síntomas y la interpretación del intento.

Ya he señalado anteriormente que falta en Freud una correlación más precisa entre estructura y pronóstico. Se limita a un enlace relativamente flojo de los criterios de pronósticos con los elementos estructurales, ello, yo y super-yo. Alexander, en cambio, refiere los factores psicodinámicos interiores —entiende por éstos las facultades innatas y adquiridas del individuo— a la función integradora del yo. Schultz-Hencke habla de que la gravedad de una neurosis, y con esto la posibilidad de analizarla, tiene su raíz en la gravedad de la estructura neurótica. La gravedad de la estructura neurótica depende: 1) de la intensidad de la inhibición, 2) de la extensión de las manifestaciones consecutivas de la inhibición, y 3) del peso de estas manifestaciones consecutivas.

Al tratar a continuación de descubrir directamente los criterios pronósticos a partir del modelo de la personalidad, parto de las posiciones de Schultz-Hencke y Alexander. Me refiero en esto a la teoría de la estructura de Schultz-Hencke, la cual, sin embargo, ha sido modificada o ampliada en algunos matices.

#### COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS DE PRONÓSTICO EN SCHULTZ-HENCKE Y ALEXANDER

*Schultz-Hencke*

*Alexander*

(ordenados por valencias)

Presión de dolencia	
Gravedad de la situación causante de tentación y fracaso	Gravedad de la situación actual
Ideologías	
Sintomática primordial persistente	
Duración de los síntomas	Duración de los síntomas
Factores exógenos cronificantes	Posibilidad de modificar la situación vital
Edad, mecanización	Edad
Configuración del ocio	Fuentes interiores de auxilio
Grado del intelecto	Inteligencia
Talentos	Facultades y talentos
Inferioridades orgánicas, disposiciones genotípicas	Defectos corporales
	"Test de rendimiento"
	Grado de la salud en las pausas
	Interpretación del intento



Schultz-Hencke parte, en forma parecida a la de Fromm, de las dicotomías históricas y existenciales, de las antinomias humanas. Distingue las antinomias intrapsíquicas entre la violencia de las necesidades animales y la constancia y duración de las necesidades espirituales, las antinomias interhumanas entre las necesidades afectuosas de abnegación y los impulsos agresivos de la autoafirmación, y habla, finalmente, de la relación antinómica entre el individuo y el universo en su conjunto, de la contradicción entre la voluntad de vida y la muerte.

Para la “solución” de estas antinomias, el hombre dispone de diversas formas de superación.

- 1) la satisfacción sucesiva de las necesidades que chocan entre sí;
- 2) el aplazamiento provisional de la satisfacción del deseo, que conduce luego a la planeación adecuada;
- 3) la sublimación, es decir, el desplazamiento de la satisfacción del impulso hacia otro objetivo “superior” socialmente permitido;
- 4) la renuncia en favor de otra necesidad;
- 5) la dirección mediante la razón y el yo, sobre la base de una jerarquía interior de valores, y
- 6) la inhibición.

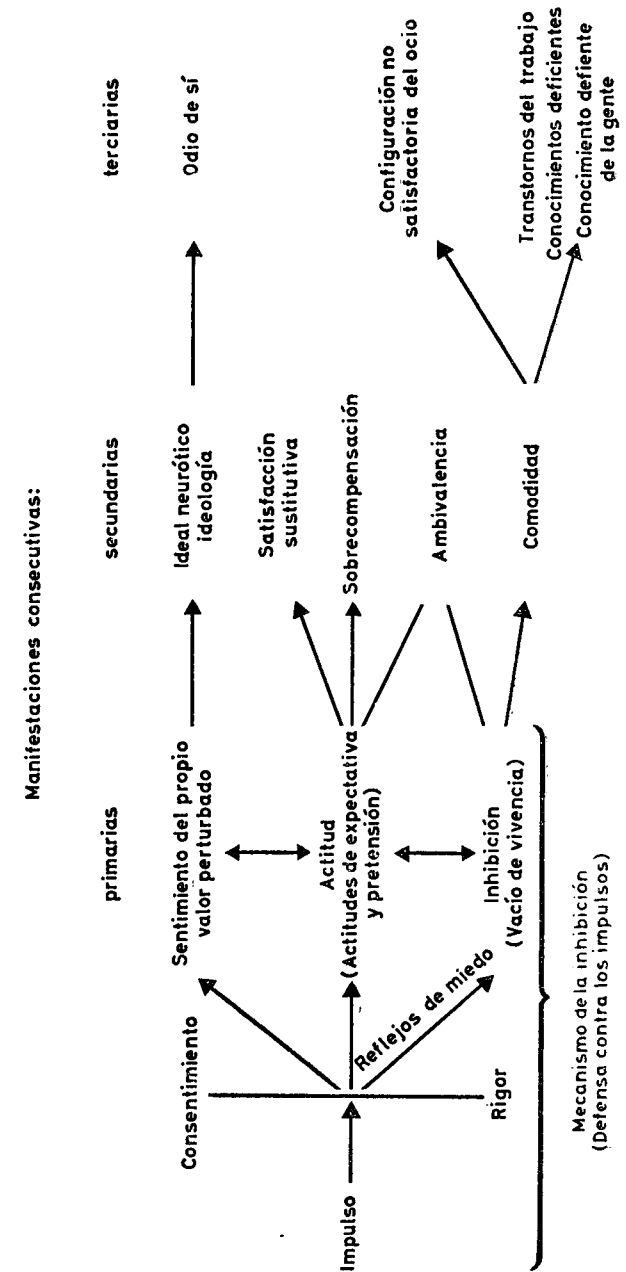
La inhibición se origina especialmente en la infancia, favorecida por la falta de juicio, de una fantasía que planea más exactamente y de las posibilidades de renuncia y sublimación. Se trata en esto de un mecanismo de adaptación a un determinado medio o, mejor dicho, del intento de superar, con el auxilio de semejante adaptación deficiente, los conflictos interiores y exteriores.

Llego con esto al modelo de estructura, que por razones de tiempo sólo puedo dibujar con un par de líneas, es decir, en forma de esbozo.

El desarrollo infantil se ve determinado por el hecho de que surgen impulsos expansivos y topan —y aun en forma más decisiva en los primeros 5 o 6 años de la vida— con un medio de rigor dominante, o bien de rigor y consentimiento. En esta forma se origina, con formación de reflejos de miedo, la inhibición de los impulsos expansivos o —centrado en la vivencia— el vacío de vivencia: en situaciones en las que el individuo sano siente un impulso, una necesidad o un deseo, el inhibido no experimenta nada.

Se pierde sencillamente una parte de vivencia. No obstante, toda vez que lo vital no puede reprimirse por completo, resulta que los restos de impulsos y vestigios de vivencia se imponen de todos modos. Estos restos o vestigios los llama Schultz-Hencke “actitudes”. Así, pues, tanto Schultz-Hencke como, después de él, Schwidder (17) han puesto la inhibición, o sea la eliminación de las fuerzas activas, de las energías vitales del individuo, en el centro del modelo de la personalidad, con lo que sólo han tenido en cuenta el aspecto económico. En mi opinión, en este modelo se tiene demasiado poco en cuenta el hecho de que el proceso de la represión, o sea de la defensa contra los impulsos, conduce no sólo a la inhibición, sino también a una perturbación del sentimiento del valor propio. Toda actuación de un impulso o de una necesidad apunta no sólo a la satisfacción, sino que está también ligada, como ha señalado Rado (18) especialmente, al orgullo, es decir, a una elevación del sentimiento del valor propio. La expresión del “respeto propio” empleada por Horney y el concepto

MODELO DE ESTRUCTURA SEGÚN SCHULTZ-HENCKE



Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.  
 Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke.  
 Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.



del narcisismo introducido ya por Freud se refieren a los mismos hechos. Con toda inhibición de un impulso se produce al propio tiempo un trastorno, una disminución del sentimiento del valor propio. Y sin un sentimiento positivo del propio valor, el individuo no puede vivir; en consecuencia, busca una compensación de la disminución del sentimiento de su valor propio ocasionada por la inhibición y lo encuentra con el auxilio de los ideales y las ideologías anti-impulsivos proporcionados por los padres. Tratando de orientarse por estos ideales y de realizarlos es como eleva el nivel rebajado de su propia estima. K. Horney (2) designa este proceso como autoidealización. El origen del odio de sí está vinculado en todas sus formas al desarrollo de ideales anti-impulsivos. El individuo odia todo aquello —en sí mismo y en el mundo exterior— que es contrario a sus ideales.

Las manifestaciones consecutivas primarias del proceso de la represión son, según esto, la inhibición, la actitud —especialmente en forma de expectativa— y el sentimiento alterado del valor propio. Entre las manifestaciones consecutivas secundarias y terciarias de la represión habría que poner la construcción neurótica de ideales y la ideología neurótica. Corresponde además también aquí la ambivalencia, que se explica ya a partir de la discrepancia entre inhibición y actitud, entre vacío de vivencia e imposición, pese a todo, del impulso. Se deriva preponderantemente de la inhibición de la energía del impulso la comodidad, que representa a su vez una determinante importante de la perturbación de la configuración del ocio, de las perturbaciones del trabajo y de las dificultades en el trato con la demás gente, las cuales se forman como manifestaciones consecutivas adicionales de la represión. Las actitudes de expectación del individuo proporcionan una fuente importante para sus satisfacciones de sustitución así como para la sobrecompensación.

Por supuesto, la trabazón descrita ha de entenderse como una estructura, es decir, como una construcción funcional en la que cada una de las partes está en conexión funcional con cada una de las demás. En otros términos: cada una de las manifestaciones consecutivas aquí mencionadas condiciona y refuerza a su vez cada una de las demás manifestaciones consecutivas. La comodidad contribuye a la satisfacción de sustitución e inversamente, y ambas determinan a su vez la configuración del ocio, etcétera.

Después de estas consideraciones previas, voy a tratar de desarrollar a partir del modelo de estructura descrito algunos criterios pronósticos. Como primeras manifestaciones consecutivas de la represión se producen, como ya se dijo, inhibición, actitud de expectación y perturbación del sentimiento del valor propio. Y a partir de las primeras manifestaciones consecutivas resultan los criterios pronósticos más enunciativos, ya que con ellos nos hallamos en cierto modo en presencia de las raíces de la estructura neurótica.

La distinción entre una estructura de inhibición y una estructura de actitud (Schwigger) (19) da al propio tiempo la diferenciación en una *presión de dolencia* auténtica y una presión de dolencia funcional [el concepto de “dolencia funcional” proviene de Karen Horney (2)]. En la estructura de inhibición, en la que predominan pues las consecuencias directas de la represión en forma de vacíos de vivencia e inhibiciones, se llega por lo regular más bien a una presión de dolencia auténtica, esto es, el paciente sufre ante todo de sus inhibiciones y de sus incapacidades neuróticas.

La estructura de actitud, en la que predominan las consecuencias indirectas de la represión en forma de expectativas erróneas, de satisfacciones de sustitución y de sobrecompensaciones, da más bien lugar a una presión de dolencia de tipo funcional: el individuo afectado sufre menos de sus inhibiciones y sus síntomas que del hecho de que con sus actitudes, es decir, con su sistema neurótico del dominio del mundo, no tiene éxito alguno en la vida. Por consiguiente, estos pacientes opondrán por lo regular a los esfuerzos del analista enderezados a descubrir inhibiciones y a revelarles dificultades de adaptación, modos de actitud de vivencia y modos de actitud erróneos, una resistencia mucho mayor que los pacientes con una estructura de inhibición.

A título de ejemplo de una *presión funcional de dolencia*, voy a referir el caso de una paciente de 40 años de edad que padecía rubor y miedo del rubor. Describe como sigue lo que experimenta al ruborizarse: “Estoy decididamente desesperada con mi rubor.” Al preguntarle yo qué es lo que en ello la molesta, contesta, ligeramente indignada a cuenta de mi necia pregunta: “¡Es obvio que esto ha de resultar sumamente desagradable para el otro! Tendrá que pensar involuntariamente: ‘No creo haber dicho nada, algo que pudiera ofenderla o alguna otra cosa’.” Con este temor de que el otro pueda creer haberla ofendido, ella descubre *uno* de los motivos de su rubor: se trata de tendencias agresivas anales, de tendencias de ofender al otro, que esta paciente extraordinariamente tímida y vergonzante proyecta sobre los demás. Además nos pone en manos, con su respuesta, un criterio de pronóstico: no sufre propiamente de sus síntomas, sino de lo que los demás puedan pensar al respecto. Sufre de la mengua supuesta de prestigio, del temor de no pasar a los ojos de los demás por sensible, reservada, comprensiva y tolerante.

O bien, una mujer de 45 años expone con profusión de detalles la forma en que la trata su esposo, cuán poco se ocupa de ella y cuán rudamente se comporta, y menciona sólo de paso sus propios síntomas de un llorar compulsivo que se prolonga por espacio de horas. Termina su informe con las siguientes palabras apasionadas: “Doctor, esto no puede seguir así, es absolutamente necesario que usted me ayude.” Al preguntarle yo si a quien debo ayudar es a ella o a su marido, responde, radiante de felicidad: “Exacto, doctor, a mi marido es a quien debe usted ayudar porque en realidad es él quien lo necesita. Por mi parte, yo podría inclusive dejar de llorar, con tal de que él no fuera tan egoísta.” Aquí también, su manifestación nos proporciona no sólo la motivación principal de sus síntomas, a saber: una actitud oral de reproche a consecuencia de la decepción de sus expectativas orales ilusorias a propósito de un marido tan egoísta y ambicioso, sino que podemos además pensar en una presión funcional de dolencia. Su dolencia ha asumido una función, ha sido finalizada: tiene en cierto modo por objeto ejercer presión sobre los sentimientos de culpabilidad de los demás, estimularles a que la ayuden y a una voluntad mayor de entrega, y aguijonearlos a que se indignen con su marido.

A título de ejemplo de una presión de dolencia predominantemente auténtica, he aquí el caso de un maestro de 35 años de edad, quien, después de comu-



nicarme sus múltiples males, pregunta: “¿Cree usted doctor, que todas estas dificultades cohibiciones y tensiones puedan combatirse por medio de un tratamiento psicoterapéutico?” De modo que este paciente quiere combatir las dificultades que han conducido a sus síntomas, en tanto que las pacientes citadas anteriormente, en cambio, sólo quieren que se eliminen de momento sus síntomas o, respectivamente, la ocasión externa de éstos, pero sin interesarse por el tratamiento de las dificultades mismas.

Cuando nos preguntamos por qué en todas las escuelas psicoanalíticas se considera de hecho la presión de dolencia como uno de los signos pronósticos más importantes, damos en tres razones relacionadas ente sí:

1) La presión de dolencia es la que empieza por llevar al paciente a superar el límite de disgusto, la barrera de dolor [Rado (5)]. O dicho en otra forma: la presión de dolencia contribuye a elevar la tolerancia de frustración, o sea la capacidad de dolencia del paciente.

2) Solamente si la dolencia derivada de la sintomática es mayor que la ganancia derivada de la enfermedad se sentirá el paciente obligado a cooperar suficientemente en el análisis.

3) Sin presión de dolencia no tenemos visión alguna de la enfermedad.

Lo importante, sin embargo —insistimos en esto una vez más—, no es tanto la intensidad como la clase de la presión de dolencia.

Como segundo factor pronóstico fundamental hay que mencionar la *intensidad y la naturaleza de la perturbación del sentimiento del valor propio*. La introducción del concepto de sentimiento del valor propio en conexión con la represión lleva también aparejadas algunas consecuencias técnico-terapéuticas. La dosificación de las interpretaciones y los supuestos del analista ha de graduarse ante todo por el sentimiento del valor propio del paciente, con objeto de evitar ofensas que tal vez podrían resultar intolerables. Existen criterios para apreciar cuánto puede o no puede el paciente “soportar”. Me ocuparé de esto en un estudio ulterior. Con objeto de restablecer un sentimiento de valor propio resistente, sin el cual el individuo no puede vivir, desarrolla el afectado desde este punto de vista, según los ofrecimientos de las personas encargadas de su educación y según sus propias posibilidades y talentos, un ideal o una ideología neuróticos.

Importa desde el punto de vista del pronóstico, para empezar, si la cosa queda en un ideal neurótico o si nos hallamos en presencia de la construcción de una ideología. Por ideología entiende Schultz-Hencke una construcción ideal sistematizada, neurótica, con referencia a modelos célebres. Es decir: el interesado trata de confirmarse sus modalidades de vivencia y actitud equivocadas mediante comparación con personas universalmente respetadas o célebres. Toda construcción de ideología empeora extraordinariamente el pronóstico. Por lo que se refiere a la tratabilidad terapéutica de los homosexuales, la construcción de una ideología se nos antoja directamente decisiva: Cuando a la pregunta acerca de qué piensa el mismo de su homosexualismo el paciente responde que, con Leonardo da Vinci, Federico el Grande, el joven Goethe y los griegos se encuentra en la mejor de las compañías, lo mejor suele ser, por lo regular, dejar de intentar el análisis.

Además considero como un indicador particularmente sutil del tipo y la extensión de la perturbación del sentimiento del valor propio el grado de las tendencias de venganza del paciente (20). En lo que quisiera distinguir entre la venganza activa, que se dirige directamente contra otros, y la pasiva, que podría también designarse como triunfo masoquista (2). Por triunfo masoquista hay que entender la tendencia del individuo afectado enderezada a triunfar a través de sus propios sufrimientos. Se trata no sólo del mecanismo de defensa consistente en volver la agresión contra la propia persona, sino que se llega, más allá de esto, al aprovechamiento sadista del dolor propio mediante fijación ideológica.

Considero como particularmente importante tener en cuenta el factor venganza en el juicio pronóstico de los individuos abandonados. Karen Horney (2) ha señalado que, en la vivencia humana, la venganza constituye el medio más importante para volver a levantar un orgullo herido.

Según mi experiencia, es particularmente desfavorable en esto, en relación con el propósito, tanto si se trata de estructuras neuróticas como de abandono, la venganza pasiva, o sea el triunfo masoquista. Esto se debe a dos razones:

1) esta forma pasiva, en la que sólo se llega a la venganza contra el otro por el rodeo a través del sufrimiento propio, lleva a un colapso del control del placer (Rado). Pero con esto se halla abolida la función más primitiva y universal de todo organismo, a saber: la función de buscar el placer y de rehuir el disgusto. Por consiguiente, la venganza pasiva es, desde el punto de vista biológico, el signo de uno de los trastornos más graves;

2) el triunfo masoquista o, dicho en otra forma, la actitud anal-agresiva pasiva es la causa más frecuente de la llamada reacción terapéutica negativa, esto es, de la tendencia de tales pacientes a reaccionar a toda mejora en el análisis, o inclusive a la simple sospecha de un progreso en la terapia, con un empeoramiento del estado o de los síntomas.

A título de ejemplo de venganza pasiva, he aquí el caso de uno de los jóvenes llamados “perdidos”, de 17 años de edad, el cual, debido a hurtos, escapadas de la casa y juergas frecuentes, fue internado en una institución de educación correccional, en donde lo tomé en un tratamiento de grupo. En el grupo se estaba tratando precisamente el tema de la disputa agresiva contra los otros internados y, concretamente, la cuestión de cómo y en qué medida podía uno defenderse de los ataques de los otros. A este tema hizo el muchacho en cuestión la siguiente contribución: “Si se me da un puntapié, no hago más que esperar el siguiente. Es más, me siento en realidad defraudado si no viene. Y me digo, pues, en la mayoría de los casos: ‘Bueno, ¿es esto todo?’” Este concepto fue leído con un orgullo manifiesto. Dos de los otros adolescentes se declararon muy conformes con este método de la “disputa” e indicaron que así lo harían ellos también. Los otros tres manifestaron reparos más o menos fuertes, y uno de ellos señaló inmediatamente que con esto el interesado no hacía más que perjudicarse a sí mismo. Comentó además que, por lo visto, el otro estaba particularmente orgulloso de poder sentirse así muy superior moralmente a los demás.

Los muchachos que manifestaron reparos respondieron francamente mejor al tratamiento analítico del grupo que los otros tres. Aquel cuyo modo de dominio principal de la vida consiste en promover mediante daño propio los senti-



mientos de culpabilidad y la voluntad de reparación de los demás, para hallar su cuenta en esta forma, ha de considerarse *eo ipso* como el más difícil, pronósticamente, de los casos.

El tercer efecto del sentimiento perturbado del valor propio, el del *odio de sí* y sus consecuencias, ha sido descrito en detalle, en su última publicación *Neurose und menschliches Wachsen* (“Neurosis y desarrollo humano”), por Karen Horney. Sin duda, también el triunfo masoquista puede considerarse como una forma del odio de sí. El *impulso hacia la muerte*, de Freud, y su ampliación por Alexander pertenecen también a este capítulo. En general debería ser más fácil descubrir la naturaleza y la extensión del odio de sí indirectamente a partir del tipo y la extensión de la construcción neurótica de un ideal o una ideología: es sabido, en efecto, que el odio de sí se presenta siempre cuando alguien no corresponde a su propia imagen ideal. Aquí sólo quisiera mencionar, como una de las manifestaciones posibles del odio de sí, las tendencias autodestructoras. Constituyen siempre un factor pronóstico desfavorable en relación con la terapia.

Al lado del tipo de la estructura fundamental —inhibición o estructura de actitud— y al lado de la perturbación del sentimiento del valor propio, se presenta, como otro criterio de pronóstico referido a la estructura, la extensión de las actitudes de expectación. El concepto de la actitud de expectación corresponde a los cuatro planos antes mencionados de la actitud de tratamiento del paciente, de Rado, a la interpretación del intento de Alexander, y a los *neurotic claims*, o pretensiones neuróticas, de Karen Horney. El intento de interpretación de Alexander, ha de contribuir a permitir apreciar la capacidad de intuición del paciente, la clase y la extensión de las resistencias y la clase y la extensión de la cooperación probable. Pero es lo cierto que la cooperación futura del paciente con el analista depende en gran parte de la clase y la extensión de las actitudes de expectación y pretensión en él existentes. De ahí que la combinación de la interpretación del intento de Alexander y los cuatro planos de la actitud de tratamiento del paciente, de Rado, se presente para mí como particularmente importante en esta conexión. En relación con las expectativas del paciente, se dejan destacar ante todo —con Rado— cuatro actitudes, que llevan en cada caso un acento pronóstico distinto.

La mujer de 45 años de edad con una gravísima sintomática compulsiva que dura desde hace ya diez años revela su *actitud mágica* respecto del terapeuta al decir decepcionada, después de la primera hora de la anámnesis: “Creía, en realidad, que todo desaparecería en seguida.” Y efectivamente, esta paciente ya no volvió a concertar cita alguna con el analista. Corresponde a la misma categoría una paciente de 30 años de edad, con una estructura histérica de carácter, quien en la toma de anámnesis se opone violentamente a que se la instruya a propósito de la forma de la cooperación analítica. Señala con esto claramente que no quiere reconocer condición real ni limitación alguna, sino que espera una curación por arte de magia. Pertenecen asimismo a este grupo aquellos pacientes que antes de empezar el tratamiento no preguntan en absoluto por la forma de la cooperación, la duración del tratamiento, las

probabilidades de éxito y los gastos. Esto se aplica, por ejemplo, a la mayoría de los “perdidos”, que se ponen por completo en manos del terapeuta.

La combinación hace un momento mencionada de la interpretación del intento y la clasificación en uno de los planos del comportamiento ante el tratamiento se deja ilustrar brevemente en el siguiente ejemplo:

Una estudiante de medicina, de 24 años de edad, indica que sufre terriblemente de su soledad y de sentimientos disfóricos y miedo del futuro. A primera vista la presión de dolencia parece ser fuerte. Añade que ya ha hecho todo lo posible para asegurarse alguna compañía, pero todo ha sido en vano. Uno de tales intentos se presenta de la siguiente manera: un colega de estudios la había invitado a un curso de baile. Pero entretanto el padre del muchacho había fallecido, y el plan no se pudo llevar a cabo. “Con esto ya estuvo bien. Se me pasaron las ganas.” La paciente tampoco sale nunca por propio impulso, ni en la semana ni los sábados y domingos. “Espero que todo provenga de los otros.” En este lugar podría, por ejemplo, comentar el analista sonriendo, en guisa de interpretación de intento: “Claro, también la Bella Durmiente esperó 100 años a su Príncipe.” La respuesta de la paciente es muy ilustrativa de la clase y la extensión de sus actitudes de expectación. Ya sea que, por ejemplo, no reaccione en absoluto, o que diga acaso: “Cierto, algún día habrá de cambiar la cosa”, o bien: “Pero es el caso que este príncipe no existe. En todo caso, a mí ninguno viene a buscarme espontáneamente el domingo.” Cada una de estas respuestas o, respectivamente, no respuestas expresa un grado diverso de comprensión y, ante todo, de voluntad de cooperación activa con el analista. Únicamente en la última respuesta apunta —al menos en germen— la opinión de que: en la vida no es así; no se puede esperar al príncipe; por lo menos en principio estoy dispuesta a luchar con esta realidad, es decir, con mi actitud de expectación pasiva.

Hasta aquí la actitud mágica. La actitud filio-paterna del paciente se manifiesta en el hecho de que ya después de la segunda o tercera hora aquél declara: “Doctor, haré todo lo que usted quiera; dígame nada más lo que debo hacer”, o bien la señala el hecho de que ya al final de la primera hora expresa que tiene plena confianza en el terapeuta.

La actitud del paciente que se halla al fondo de esto puede describirse aproximadamente de la siguiente manera: “Con tal que como niño bueno y obediente yo tenga plena confianza en el analista, él lo hará todo por mí; para mí, de lo único que se trata es de descubrir qué espera el doctor de mí y cómo puedo satisfacer sus expectativas.”

En conexión con la actitud filio-paterna del paciente, pienso en un grupo de los llamados adolescentes “perdidos”, de 18 años, que al principio de un estudio de grupo me ruegan que les hable de “tú”. Pretenden que esto les resulta mucho más familiar. En mi opinión, esto habría constituido un error, ya que con ello habría fijado la tendencia regresiva de estos adolescentes en el sentido de ser niños irresponsables. Les dije, pues, que prefería hablarles como a adultos y con el “usted” usual entre nosotros.



En la tercera forma del comportamiento respecto del tratamiento, en la *actitud de autoconfianza*, el paciente pregunta ya en la anámnesis por los supuestos de la cooperación y por las probabilidades de la terapia. El paciente trata de formarse una idea más o menos clara acerca de cuál es su propia tarea en el análisis y de cómo es la misión del analista. Por supuesto, esta actitud se relaciona de la manera más íntima con la presión de dolencia. Rige aquí el principio: cuanto más se trata de las formas infantiles del comportamiento ante el tratamiento, o sea de la actitud filio-paterna y de la actitud mágica, tanto más encontraremos una presión no propia o funcional de dolencia. Y cuanto más se aproxima el paciente, en su comportamiento dominante ante el tratamiento, a los grados adultos, o sea a la actitud de autoconfianza y de aspiración, tanto más nos hallamos en presencia de una presión auténtica de dolencia.

Acerca de la *actitud de aspiración* del paciente en su comportamiento ante el tratamiento, nada puedo decir. A mi consultorio no ha venido todavía paciente alguno con una actitud dominante de aspiración. En mi opinión, sólo se presenta en los sujetos al análisis didáctico, los cuales, aun después de la eliminación de los síntomas y después de terminado el análisis de enseñanza propiamente dicho, se permiten en cierto modo la prosecución del análisis como medio de una mejor y ulterior auto-realización.

Hasta aquí los comportamientos del paciente. Como cuarto criterio de pronóstico menciono yo la *extensión de las manifestaciones neuróticas consecutivas*. De las manifestaciones consecutivas de la inhibición mencionadas por Schultz-Hencke, o la sobrecompensación, los trastornos del trabajo, la falta de conocimientos humanos adecuados, la ambivalencia, la comodidad y las satisfacciones de sustitución, las dos últimas son indudablemente las más importantes. En el caso extremo, la extensión de la comodidad y de las satisfacciones de sustitución pueden llegar a impedir por completo el análisis. Recuerdo aquí a la estudiante de medicina, de 24 años de edad, que espera, en su actitud de "Bella Durmiente", que todo parta de los otros, que algún día, a través del zarzal de su soledad, llegue hasta ella el príncipe soñado. Esta bella durmiente goza ya, en forma viciosa, de su comodidad; en el análisis tendría que renunciar a esta comodidad y al goce de la misma como satisfacción de sustitución. Es sabido que, en el caso de manías y de las llamadas perversiones, nuestras probabilidades analíticas son mucho menores. En todos estos casos juega siempre la satisfacción de sustitución un papel pronóstico-negativo decisivo.

Figura también entre las satisfacciones de sustitución la ganancia secundaria de enfermedad, que señaló Freud en su obra técnica *Wege der psychoanalytischen Therapie* ("Camino de la terapia psicoanalítica"). Waldhorn (15) distingue dos clases de ganancia de enfermedad, a saber: por una parte, la que proviene del superego; por ejemplo, el orgullo a propósito de una formación de reacción, o de ascetismo u otra cosa por el estilo, y por otra parte la ganancia de enfermedad proveniente del medio, esto es, la que resulta de la atención, del cuidado "amoroso", de los privilegios y las compensaciones otorgados al paciente por quienes lo rodean.

Por supuesto, tanto la comodidad como las satisfacciones de sustitución se relacionan de la manera más íntima con la extensión de las expectativas ilusorias. El individuo con expectativas ilusorias espera toda actividad, en forma expectante pasiva, desde fuera, y se aferra además, en forma directamente vi-

ciosa, a sus expectativas y pretensiones. En estos pacientes volvemos a encontrar siempre, en la génesis, no sólo rigor, que conduce predominantemente a la inhibición, sino también el consentimiento, como tentación hacia tales expectativas ilusorias.

En comparación con la comodidad y la satisfacción de sustitución, las demás manifestaciones consecutivas señaladas por Schultz-Hencke revisten una importancia pronóstica subordinada. Sabemos, sin duda, que los trastornos de trabajo, por ejemplo, representan toda una trabazón de actitudes erróneas. En relación con el pronóstico, sin embargo, lo decisivo es ante todo la importancia que asumen en esta trabazón la comodidad y la satisfacción de sustitución, en forma, por ejemplo, del soñar despierto.

En quinto lugar de los factores de pronóstico habría que mencionar la *duración de la sintomática* y la *sintomática primordial persistente*. Toda vez que en la sintomática actual y la sintomática primordial se trata de un producto final muy complejo, en el que se mezclan también en particular factores fatales, he de renunciar aquí a la referencia en cierto modo lineal entre síntomas pronósticos y elementos estructurales señalada anteriormente.

Me limito, pues, a lo siguiente, en relación con la sintomática primordial persistente: por sintomática primordial entiende Schultz-Hencke la sintomática neurótica que se presenta ya antes de la pubertad en tiempos típicos. El periodo característico para la aparición de una sintomática primordial es, en la estructura esquizoide, por ejemplo, el segundo año de la vida. En relación con la estructura neurótica compulsiva, son característicos, desde este punto de vista, los años quinto y sexto, en tanto que para la estructura depresiva es característico el tercer año y, para la estructura histérica, el periodo comprendido entre los 9 y los 12 años de edad. Si la sintomática primordial persiste más allá de la pubertad, este solo fenómeno habla ya en favor de una estructura neurótica grave; una estructura neurótica más leve, en cambio, suele por lo regular fundirla "el fuego de la pubertad".

#### RESUMEN Y DISCUSIÓN

La mayor fuerza enunciativa me parecen poseerla, en relación con el pronóstico, los siguientes factores, que en parte impiden el análisis y en parte lo favorecen, a saber: extensión y clase de la presión de dolencia, clase y extensión del trastorno del sentimiento de valor propio, manifiesto ante todo en la presencia de tendencias activas o pasivas de venganza y, como criterio positivo, la función regenerativa del yo.

La insistencia en los criterios de pronóstico positivos constituye, frente a los puntos de vista freudianos, un nuevo aspecto. En mi opinión, la mejor manera de determinar la extensión de las fuerzas regenerativas del yo, de la voluntad de curación, es mediante una interpretación de ensayo en el sentido de Alexander y mediante la clasificación de las expectativas del paciente en el esquema del comportamiento ante el tratamiento de Rado. La actitud de expectativa dominante en cada caso muestra cuáles esfuerzos está el paciente dispuesto a poner de su parte en favor del tratamiento.

Antes de terminar, quisiera examinar brevemente las objeciones que se han aducido contra una posición exacta de pronóstico:





1) Por supuesto, los criterios de pronósticos que quedan expuestos sólo pueden averiguarse mediante una toma de anámnesis de algunas sesiones. En contra de una toma de anámnesis más prolongada, ya el propio Freud formuló reparos: se perturba con esto la voluntad de transferencia del paciente. Sin embargo, este peligro me parece a mí relativamente pequeño frente al peligro de engañarse a sí mismo y al paciente, mediante una posición deficiente de éxito. La recomendación de Freud en el sentido de introducir como mejor posibilidad de la posición de pronóstico el tratamiento de prueba —hablamos hoy de preferencia frente al cliente de ensayo de tratamiento— sigue de todos modos a nuestra disposición más allá de la posición de pronóstico anamnésica. Pero el tener que decirle al paciente, después de 15 o 20 sesiones, que su caso no se presta de momento al análisis resulta mucho más violento que decirlo después de 2, 3 o 4 sesiones, tal como nos lo permite una toma exacta de anámnesis.

2) La segunda objeción se formula aproximadamente de la siguiente manera: el que sólo se remite a estos factores pronósticos se aferra a criterios objetivos y deja de lado la actitud subjetiva del analista; por ejemplo, la simpatía para con el paciente, el interés en el caso, la curiosidad intelectual de la experimentación, etc. Prescindiendo de que la separación estricta de lo objetivo y lo subjetivo, en el análisis precisamente, no se deja mantener, la objeción estaría justificada si el analista no se dejara guiar también por sus sentimientos. Así, por ejemplo, el tratamiento de psicosis —esto lo han señalado, entre otros, Rosen, Benedetti y en Alemania Fuchs-Kamp y Bach—, lo mismo que el de los llamados casos de abandono, resultarían muy difíciles de llevarse a cabo sin la simpatía del analista por el interesado.

Esto aparte, el analista tiene por supuesto derecho a tomar en tratamiento inclusive a un paciente de pronóstico desfavorable, simplemente por interés en el caso o por el placer intelectual de la experimentación.

3) La tercera objeción se relaciona con la que acabamos de mencionar: aquel que en la posición de indicación del tratamiento sólo se apoye en los criterios de pronósticos, propenderá a no tratar más que casos absolutamente seguros. Y esto significaría la muerte del psicoanálisis como ciencia, ya que éste vive de la experimentación y de las incursiones en terreno inexplorado.

Puedo resumir, pues, para terminar: los criterios de pronósticos estructurales que se acaban de exponer son variables cuya valencia varía con el desarrollo del paciente. Además, la valencia de los diversos criterios es distinta según la estructura en cada caso del paciente. No obstante, el indicio más seguro de la susceptibilidad analítica del paciente lo proporcionarán probablemente la determinación de la presión de dolencia —si es auténtica o funcional—, la clase y la extensión de la perturbación del sentimiento del valor propio y la extensión de las fuerzas regenerativas del yo, a partir de las actitudes de expectación del paciente.

No he tratado con mayor detalle los factores pronósticos fatales e innatos. Quisiera añadir todavía, restrictivamente, que hemos de volver a verificar siempre en el paciente los criterios de pronósticos averiguados, y no al revés. En otro caso, en efecto, no haríamos más que examinar a nuestros pacientes para ver en qué medida se adaptan a nuestros criterios de pronósticos, tal como se han escogido ocasionalmente determinados pacientes —y se los seguirá

escogiendo— para ver en qué medida se adaptaban o no a la aplicación de una técnica determinada.

Con conocimiento más exacto de la estructura y una técnica más segura se ampliará también el ámbito de indicación del análisis. En todo caso, la indicación actual abarca ya psicosis y pacientes con trastornos profundos que Freud consideraba todavía como inadecuados en 1904 en relación con el tratamiento analítico.

Tampoco deberíamos olvidar —creo yo— que en cuanto construcción teórica el psicoanálisis es sin duda una ciencia, pero que en cuanto procedimiento terapéutico práctico es un arte. En el mejor de los casos, los datos pronósticos sólo pueden proporcionar los utensilios manuales para determinar con ellos la indicación de tratamiento del paciente. La valencia y el peso de los distintos factores pronósticos sólo se dejan apreciar por la intuición saturada de experiencia del psicoanalista.

Toda ciencia se acredita por la verificabilidad de sus datos y por el acierto de sus predicciones. En este sentido tenemos interés en afinar nuestros criterios de pronóstico cada vez más.

Toda vez que la vida y la vivencia de nuestros pacientes sólo podemos penetrarlos siempre hipotéticamente, en lo que, sin embargo, esta hipótesis puede conseguir el grado de una “probabilidad rayana en seguridad”, resulta que no es nunca posible predecirlo *todo*. Y debido a esto tenemos perfecto derecho de proporcionar al paciente, aun en el caso de criterios pronósticos poco favorables, la oportunidad de una nueva orientación emocional mediante el análisis, y de procurarnos a nosotros, con ello, la oportunidad de aprender y experimentar algo nuevo.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1) Fromm, E. y D. T. Suzuki, *Psicoanálisis y budismo zen*. F.C.E., México, 1964.
- 2) Horney, Karen, *Neurosis and Human Growth*. Routledge and Kegan Paul, Londres, 1951.
- 3) Schultz-Hencke, H., *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Georg Thieme, Stuttgart, 1951, pp. 14-16 y 148-164.
- 4) Alexander, F., *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Norton, Nueva York, 1956, pp. 148-172.
- 5) Rado, S., *Adaptational Development of Psychoanalytic Therapy in Psychoanalysis of Behavior*. Grune and Stratton, Nueva York-Londres, 1956.
- 6) Freud, A., *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Imago, Londres, 1952.
- 7) Abraham, K., “The Applicability of Psychoanalytic Therapy to Patients of Advanced Age”, en *Selected Papers*, I, Basin Books, Nueva York, 1953.
- 8) Waelder, R., “The Psychoses, their Mechanism and Accessibility to Influence”, en *Int. J. Psa.*, VI, 1925.
- 9) Glover, E., *The Technique of Psychoanalysis*. Baillière, Tindall and Cox, Londres, 1955, pp. 185-258.
- 10) Nunberg H., *Pratice and Theory of Psychoanalysis*. Coolidge Foundation, Nueva York, 1948; *Allgemeine Neurosenlehre*. Hans Huber, Bern-Stuttgart, 1959.
- 11) Eissler, K., “The Effect of the Ego on the Psychoanalytic Technique”, en *J. Amer. Psa. Assn.*, I, 1953.
- 12) Dührssen, A., “Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie”, en *Z. Psycho-somat. Med.*, abril 1957.
- 13) Weigmann H., “Grundlagen korrekter Neurosenbeurteilung” en *Z. Psycho-somat. Med.*, abril, 1955 y julio, 1955.

- 14) Alexander, F., *Psychoanalytic Therapy*. The Ronald Press Co., Nueva York, 1946, especialmente pp. 96-106.
- 15) Waldhorn, H., "Assessment of Analyzability: Technical and Theoretical Observations", en *The Psychoanalytic Quarterly*, 4, 1960.
- 16) Heigl, F., "Vergleichende Betrachtung der Prognostischen Faktoren bei Schultz-Hencke und Alexander", en *Z. Psycho-somat. Med.*, enero, 1958.
- 17) Schwidder, W., "Neopsychoanalyse (Harald Schultz-Hencke)", en *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Urban-Schwarzenberg, Munich y Berlín.
- 18) Rado, S., *Psychoanalysis of Behavior*. Grune and Stratton, Nueva York-Londres, 1956, especialmente p. 302.
- 19) Schwidder, W., "Grundsätzliches zur Entstehung psychosomatischer Krankheitssymptome", en *Z. Psycho-somat. Med.*, julio, 1959.
- 20) Heigl, F., "Ein prognostisch entscheidender Charakterzug bei verwahrlosten Jugendlichen", en *Prax. d. Kinderpsychol. u. Kinderpsychiatr.*, agosto-septiembre, 1962.

## EL CARÁCTER DEL CAMPESINO

George M. Foster\*

"LA CONDUCTA humana está siempre motivada por ciertos propósitos, y estos propósitos surgen de conjuntos de supuestos que, por lo regular, no son conocidos de aquellos que los sustentan. Las premisas básicas de una cultura particular son aceptadas inconscientemente por el individuo a través de su participación constante y exclusiva en dicha cultura. Son estos supuestos —esencia de todos los propósitos, motivos y principios culturalmente condicionados— los que determinan la conducta de un pueblo, se hallan a la base de todas las instituciones de una comunidad y les confieren unidad" (Hsiao-Tung Fei y Chi-I Chang, en *Earthbound China*, pp. 81-82).

"En cualquier cultura, los seres humanos están provistos de una orientación cognoscitiva en un cosmos: hay 'orden' y 'razón' más bien que caos. Esto implica premisas y principios básicos, aun si acontece que éstos no hayan sido conscientemente formulados y articulados por el pueblo mismo. Nos encontramos ante las implicaciones filosóficas de su pensamiento, la naturaleza del mundo del ser tal como la gente lo concibe. Si profundizamos suficientemente el problema, no tardamos en hallarnos cara a cara con un territorio relativamente inexplorado, el de la metafísica etnológica. ¿Podemos penetrar en este reino de otras culturas? ¿De qué clase de evidencia disponemos? . . . El problema es complejo y difícil, pero no debiera excluir su exploración" (A. Irving Hallowell, en *Ojibway ontology, behavior, and world view*. p. 21).

### 1. Orientación cognoscitiva

Los miembros de toda sociedad comparten una orientación cognoscitiva común que es, en realidad, una expresión implícita, no formulada, de su inteligencia de las "reglas del juego" de la existencia, que les son impuestas por universos sociales, naturales y sobrenaturales. La orientación cognoscitiva proporciona, a los miembros de la sociedad que caracteriza, premisas y conjuntos de supuestos básicos, no reconocidos ni puestos en duda normalmente, que estructuran y guían la conducta en una forma muy parecida a como las reglas gramaticales ignoradas de la mayor parte de la gente estructuran y guían sus formas lingüísticas. Toda conducta normativa de los miembros de un grupo es una función de su peculiar manera de mirar el conjunto de su alrededor, de su aceptación inconsciente de las "reglas de juego" implícitas en su orientación cognoscitiva.

La orientación cognoscitiva particular no puede concebirse como visión del universo en el sentido de Redfield, esto es, como algo que existe ampliamente

\* Antropólogo, Universidad de California, Berkeley. Este artículo se publica en inglés en *American Anthropologist*, 67, núm. 2, abril de 1965.

