

## ***SOBRE LA NATURALEZA DEL DIAGNÓSTICO***

**Eric Berne**

***International Record of Medicine. 1952, Vol. 165: 283-292***

### **I**

Todo ser humano tiene la suficiente capacidad para establecer un diagnóstico mediante una inspección. Incluso los individuos mentalmente torpes pueden distinguir entre un niño de diez años y un hombre de veinte. La mayoría de los adultos pueden trabajar con un umbral de diferencia menor, en el que distinguen entre un individuo de treinta y otro de cuarenta años en la mayoría de las pruebas. Al clínico le gusta pensar que puede hacerlo mejor que eso. Algunos facultativos llegan a ser muy hábiles en este aspecto y pueden normalmente adivinar la edad de un paciente por debajo de los cuarenta con un margen de dos años. El autor de este artículo ha visto a expertos talentos conjeturar repetida y correctamente las edades de adultos con un margen de tres meses. Los adivinadores de edad en las ferias están dispuestos a apostar por su exactitud y salen muy bien en una gran serie de casos.

Hay algunos aspectos en tales procesos de diagnóstico que merecen la pena discutir, en particular las funciones preverbiales implicadas. Quizá el ejemplo más simple es el de un individuo torpe, que revela mediante su comportamiento que distingue entre un individuo de diez años y otro de veinte. En tales casos hay varias posibilidades:

1. El individuo puede no darse cuenta de que está juzgando las edades de los sujetos y guiando su comportamiento de acuerdo con su juicio. Si se le pregunta, puede incluso contestar negativamente. Esto es, él no se da cuenta incluso de que sabe algo.
2. Si llega a darse cuenta de que está procediendo de forma diferente hacia los sujetos, puede no saber el porqué. Esto es, llega a darse cuenta de que sabe algo, pero no sabe qué es lo que sabe.
3. Si se da cuenta de que está tratando a los dos sujetos de forma diferente debido a la diferencia de edades, entonces sabe que conoce algo sobre ellos y sabe qué es lo que sabe, pero puede todavía ser incapaz de decir *cómo* lo sabe.
4. Si intenta explicar cómo lo sabe, su explicación va a ser probablemente insatisfactoria para él y para el oyente.

En este caso, el individuo procede como si hubiera hecho un diagnóstico, pero puede no darse cuenta en absoluto de que lo ha hecho. Si se da cuenta, puede no darse cuenta de qué es lo que ha diagnosticado. Si se da cuenta de esto, puede ser incapaz de justificar su diagnóstico y, si intenta hacer eso, su justificación puede no ser convincente.

Un ejemplo más sutil en algunas formas es el del clínico que decide, antes de preguntar, que un determinado paciente tiene treinta años. El clínico sabe que conoce algo. Sabe qué es lo que sabe y es capaz de decir de una forma general cómo lo sabe. Puede decir que su diagnóstico está basado en un cuidadoso examen de la cara del individuo, o que es el fruto de la atención que flota libremente, sin dirección. Si se le pide que formule su criterio

para diferenciar a un hombre de treinta y tres años de otro de treinta y nueve, normalmente confesará su incapacidad para hacer eso. En las ferias, un adivinador del peso trataba hace unos años de formular su criterio para el diagnóstico (Mygatt, 1947) . Estos criterios pueden ser útiles dentro de un margen permisible de error de cincuenta libras pero no da una indicación convincente de cómo pudo adivinar los pesos exactamente dentro de un margen de cinco libras, pues estas personas pueden hacerlo rápidamente con un elevado porcentaje de exactitud. Su exposición parece ser una racionalización de su diagnóstico más que una base para ellos.

Está claro, por tanto, que hay procesos cognitivos cuya función está por debajo del nivel de la conciencia. De hecho, cuando los seres humanos están en plena posesión de sus facultades, proceden durante todo el tiempo como si estuvieran continuos y rápidamente emitiendo unos juicios muy sutiles acerca de sus compañeros sin darse cuenta de que están haciendo esto, o si se dan cuenta de qué están haciendo, sin darse cuenta de cómo lo hacen. Si intentan verbalizar estos procesos , sus explicaciones son demasiado imperfectas para responder del refinamiento de sus juicios, incluso entre profesionales que están continuamente intentando formular su criterio de diagnóstico. Sus explicaciones parecen ser racionalizaciones de sus diagnósticos, más que exposiciones de los procesos reales del diagnóstico.

En cualquier lugar del mundo, por ejemplo, los psiquiatras están haciendo continuamente diagnósticos exactos; sin embargo, es notable lograr que algunos de ellos formulen con palabras un criterio útil de diagnóstico; incluso entonces, tales criterios tienen que ser rodeados de excepciones y precauciones. A pesar de que tal fórmula pueda ser de ayuda en un ámbito reducido, esencialmente el diagnóstico preliminar de un clínico es producto de procesos preverbales que son funciones de su habilidad, experiencia y agudeza, más que del resultado de aplicar deliberadamente un conjunto de criterios formales. Parece que los juicios más importantes que los seres humanos hacen sobre los demás son productos de los procesos preverbales cuya función está casi automáticamente por debajo del nivel de conciencia. En el caso del diagnóstico de edad y en otros muchos casos también, puede mostrarse sin esfuerzo que los procesos del subconsciente son más exactos, refinados y fidedignos que los procesos de diagnóstico conscientes. No obstante, cierta restricción priva a mucha gente del libre uso de su valiosa facultad.

## II

Durante la última guerra, el Profesor Eugen Kahn, en una conversación privada, especificó que era posible para Psiquiatras en alerta y experimentados escoger a hombres ineptos para el servicio militar muy rápidamente en un Centro de Licenciamiento y que el estudio detallado de los individuos reclutados añadiría comparativamente poco a los porcentaje de exactitud que alcanzaría el Psiquiatra (citado con permiso). El autor de este artículo quiso someter a prueba esta afirmación en la primera oportunidad que se le presentó. Y averiguó que, después de un período preliminar de práctica, era posible emitir determinados juicios en un mínimo periodo de tiempo con una exactitud considerable.

Desarrolló un estudio preliminar en un Centro de reclutamiento en el que algunos funcionarios de plantilla administraron el Índice de Recluta de Cornell. El autor encontró posible estimar muy aproximadamente en un amplio número de casos la puntuación de cada candidato mirándole durante unos segundos antes de volver la hoja para ver qué puntuación

había alcanzado. Las estimaciones eran correctas dentro de un margen de tres puntos en un amplio porcentaje de casos, incluyendo a aquellos cuyas puntuaciones estaban entre 15 y 25. El autor consideró que esto significaba que el recluta revelaba, durante unos segundos de comportamiento espontáneo, en la situación específica ciertas características que estaban correlacionadas con su puntuación en el cuestionario.

Después de esto, intentó predecir, tras unos momentos de mirar a cada candidato, las respuestas de varios millares de reclutas a las siguientes preguntas:

- a) ¿Estás nervioso?
- b) ¿Has ido alguna vez al Psiquiatra?

Hizo estas observaciones en un centro de Licenciamiento del ejército en los últimos cuatro meses de 1945. Una parte del proceso consistió en un examen médico llevado a cabo en forma de una producción en cadena. Cada soldado pasaba por una línea de cubículos y en cada uno le examinaban varios órganos y los resultados quedaban apuntados en los lugares apropiados en forma impresa. El autor estaba en un cubículo al final de la cadena. El tiempo de que disponía para el "examen psiquiátrico" varió entre 40 y 90 segundos. Alrededor de 25.000 soldados pasaron por la cadena en menos de cuatro meses. Unos 10.000 hombres estaban disponibles para el estudio del proceso "intuitivo", mientras que el resto cooperaba en varios estudios estadísticos. Por cierto, casi todos ellos parecían disfrutar en su experiencia con el psiquiatra tanto como él disfrutaba hablándoles.

Todos los hombres llevaban las mismas prendas -una bata granate y un par de zapatillas de paño-. El examinador les recibía sentado detrás de una mesa de cara a la puerta del cubículo. Después de examinar al soldado y de rellenar el formulario apropiado en el impreso, citaba a otro candidato diciendo «¡El siguiente!». Al entrar, y sin indicación alguna, el candidato avanzaba hasta sentarse en una silla, al lado de la mesa y a la derecha del examinador. Algunos soldados mantenían sus papeles en sus manos y algunos se los entregaron al examinador. Éste no miraba los impresos hasta concluir no concluir la entrevista. El "examen" consistió en las dos preguntas referidas arriba que el examinador les dirigía después de mirarles unos momentos. Antes de hacer las preguntas, el examinador intentó predecir, desde una observación silenciosa del soldado cómo las respondería cada uno en esa situación particular.

Una vez que el soldado se había sentado, se encontraba ante una mirada neutral, pero firme, silenciosa, y ante una «observación» de una manera que sólo unos pocos, si es que algunos, podrían haber experimentado antes. De este modo, para la mayoría de ellos, era una situación nueva, imponderable y cargada de ansiedad. Después del período de observación, el examinador mental o abiertamente anotaba sus conjeturas sobre qué respuestas darían los reclutas a las dos preguntas. De un modo tosco, esto fue una conjetura en cuanto a "cuán neurótico" era el individuo. Después de unas pocas semanas, cuando había alcanzado una meseta de precisión, que las conjeturas eran uniformemente correctas, con solo unas pocas excepciones: esto es, que en unos pocos casos donde la conjetura era "sí", la respuesta era "no"; y en unos casos donde la conjetura era "no" la respuesta era "sí". (Cuando el examinador discutió una serie (escrita) similar y más cuidadosamente controlada con el fallecido Dr. Paul Federn, éste sorprendentemente le señaló que le parecían elevados los porcentajes de error en ambas direcciones). Puesto que los registros fueron incompletos, el autor de este artículo no ofrece cifras, ni son esenciales para el espíritu de este estudio.

El examinador intentó formular los criterios en los que basaba sus predicciones. Parecía evidente que la formulación no tuvo un éxito completo, pues el porcentaje de tales predicciones correctas seguían siendo superiores cuando se le permitía al proceso "intuitivo" funcionar sin una interferencia consciente que cuando intentaba juicios basándose en el empleo deliberado de criterios que había verbalizado. Concluyó que no había formulado todos los criterios empleados en el proceso "intuitivo". Aquellos que formuló, podía aplicarlos deliberadamente con mucho éxito. El autor ha descrito en otra parte el intento de formular la naturaleza del proceso intuitivo (Berne, 1949).

Los criterios verbalizados de diagnóstico formaron la base para dividir a los soldados en tres grupos:

1. Un grupo de soldados sostendrían la mirada del psiquiatra directamente y respondían a las preguntas con voz clara y firme. Muchos de ellos le sonreían antes de dirigirles las preguntas y una buena cantidad de ellos después de responder de un modo amigable y simpático, lo cual ocasionó que el psiquiatra designase como "una reacción bien integrada". El psiquiatra, habiendo estado una larga temporada fuera, tratando con neuróticos hospitalizados, tuvo la impresión subjetiva: «Estos hombres no tienen nada que ocultar», lo que contrastaba con su impresión de los neuróticos, quienes empezaron retrospectivamente a parecer "como si tuvieran algo que ocultar". Durante los pocos segundos de observación silenciosa, los hombres de este grupo permanecieron sentados de un modo completamente relajado, sin hacer movimientos gratuitos. Casi todos contestaron las dos preguntas negativamente y el examinador empezó a considerar que los hombres que procedían de este modo eran "normales". Puesto que todos habían pasado de uno a cinco años de servicio militar y manifestaron que no se sentían "nerviosos" al final y que no habían consultado ni habían sido enviados al psiquiatra durante este período, el examinador consideraba a primera vista que habían demostrado una integración adecuada de la personalidad en la situación militar.

2. Una segunda categoría de hombres, cuando se sentaron y el examinador les saludó con el silencio, hicieron movimientos "gratuitos", normalmente de naturaleza rítmica, como balancear sus piernas cruzadas o dejar que su mirada vagase hacia el examinador y desde él para, finalmente, fijarse en algún objeto cercano o en alguna parte de sus propios cuerpos; o encontraban finalmente los ojos del examinador de una forma incierta. Este tipo de reacción casi siempre incluía movimientos de amplitud decreciente, llegando lentamente a descansar, de manera que daban la impresión de ser de una calidad "pendular".

Los hombres en esta categoría también siempre respondían negativamente a las dos preguntas. Después de algunos estudios, el examinador observó que las contestaciones positivas precedentes de este grupo sucedían casi siempre cuando "el péndulo llevaba más tiempo de lo normal hasta reposar", de manera que el examinador tenía que considerar este tipo de reacción en cuatro dimensiones, más que en tres.

Otras contestaciones positivas llegaban cuando observaba que los movimientos eran de una amplitud inusual.

3. Un tercer grupo de hombres reaccionaron a la situación haciendo movimientos "gratuitos", al parecer ampliamente "inconscientes", que diferían de aquellos observados en el grupo anterior en que carecían de la cualidad "pendular". Algunos de ellos intentaron encontrar la mirada fija del Psiquiatra, bajaron sus ojos y empezaron a horadar con sus dedos

sobre sus muslos o sobre la mesa, o a torcer sus manos y dedos. Algunos de ellos miraban alrededor de la habitación y nunca intentaron encontrarse con los ojos del Psiquiatra. Algunos de ellos empezaron a sonreír de un modo incierto, pero cambiaron de opinión, bajaron sus miradas y empezaban a agitarse y retorcerse. La mayoría de ellos ni siquiera intentaron sonreír; aquellos que lo intentaron, titubearon. En otros casos, los temblores empezaron o llegaron a empeorar si se presentaban inicialmente. Por lo general, ellos no contestaban a las preguntas con voz firme y clara, sino en un tono reprimido, débil y tímido.

Miembros de este grupo normalmente respondieron a una o a ambas cuestiones afirmativamente y ahí pareció haber una correlación entre la cantidad de energía gastada "intencionadamente" y el número de preguntas contestadas afirmativamente. Cuanta más energía gastaban de esta forma, más probable resultaba que dijeran que habían estado con un psiquiatra, incluso cuando decían que no estaban "nerviosos" en ese momento.

En algunos casos, cuando no eran obvios los gastos «gratuitos» de energía, el psiquiatra mentalmente clasificaba a los hombres en la primera categoría y se daba cuenta de que había cometido un error; algunos hombres que no mostraron producir gastos de energía "gratuitos" decían que estaban nerviosos o que habían estado con un psiquiatra. Muchos de estos decían que habían consultado al psiquiatra por "problemas estomacales". Una observación más cuidadosa reveló que estaban gastando energía "gratuitamente", no mediante movimientos visibles sino incrementando de manera anormal el tono muscular; estaban todavía sentados erectos, pero muy tensos.

Merece la pena considerar brevemente cómo esos hombres gastaban la energía, especialmente los de los grupos primero y tercero, que bajo circunstancias clínicas constituían los grupos "normal" y "autista" respectivamente.

En el grupo "normal" la energía activada mediante el estímulo de la entrevista estaba toda o casi toda canalizada dentro de una actividad útil y bien integrada, dando fuerza y firmeza a la voz. En muchos casos, parte de la misma se expresaba en una sonrisa amigable. Poco o nada de esto se manifestó en una actividad "gratuita". Estos hombres podían comunicarse directamente con el examinador.

En el grupo "neurótico", una amplia parte de la energía activada fue "dirigida erradamente" durante el período preliminar de la sesión. Esta actividad "neurótica" mostraba ser sin intención y autista, ni amigable ni hostil. Pero para un observador profesional esto comunicaba ansiedad y hostilidad, sin que el sujeto lo advirtiera. Psicológicamente, los movimientos "gratuitos" parecían ser patadas distorsionadas, golpes y gestos orales hostiles.

También resaltaba que en ambos grupos podían entrar en juego los músculos faciales. Entre los "normales", los músculos faciales eran usados como instrumentos visibles de una sincera "relación objetual", esto es, para comunicar un sentimiento amigable a un nuevo ser humano mediante la sonrisa. Los "neuróticos" movían estos músculos de modo autista; por ejemplo, para movimientos crispados de la boca, los cuales no comunican nada directamente a la otra persona, excepto cuando ésta es un observador profesional.

En el plano de verbalización, los "normales" daban la impresión de ser felices y de no tener nada que esconder, mientras que los "neuróticos" daban la impresión de ser infelices y de tener algo que esconder.

Cuantitativamente hablando, el encuentro con el Psiquiatra guardaba relación con un determinado gasto de energía. En individuos "normales", ésta encontró una expresión libre y más o menos completa en actividad organizada, eficiente y liberadora de tensión. En individuos "neuróticos", por razones que eran específicas a cada individuo, no encontraba esa expresión, y en su lugar, se manifestaba en una actividad desorganizada, ineficiente y insatisfactoria. En el grupo intermedio, la ansiedad también predominó y, entre los miembros más neuróticos de este grupo, presentaba un problema que no pudo resolverse en el tiempo asignado.

Una discusión más amplia en este artículo desbordaría el presente ámbito. Debemos resaltar que estos soldados estaban reaccionando a un determinado individuo que les saludaba de una forma determinada. Otro individuo que les diera la bienvenida de otra forma, obtendría indudablemente diferentes series de respuestas; incluso el mismo examinador si les saludase de otra forma. El autor de este artículo opina que la esencia de la situación era la mirada fija, neutral y firme que dejaba al soldado durante los primeros segundos sin ninguna indicación de qué se *suponía* que tenía que hacer.

### III

Esta experiencia en el "diagnóstico" rápido de un amplio número de individuos demostraba que es posible estudiar, bajo ciertas condiciones, los procesos intuitivos que funcionan por debajo del nivel de conciencia. Tales procesos subconscientes de cognición están funcionando continuamente en los seres humanos y son importantes en la existencia diaria y de interés teórico en el trabajo profesional. Biológicamente, la intuición puede relacionarse con procesos cognitivos primitivos en animales inferiores (Darwin, 1886; Krogh, 1948; Wiener, 1948: 217). Filogenética (Sturtevant, 1947:48) y ontogenéticamente (Deutsch, 1944: 136; Schilder, 1942: 247), precedió al conocimiento verbal y a la comunicación verbal. Psicológicamente, es importante porque se relaciona con problemas de conducta de grupo y su caso-límite, "lo que pasa entre dos personas", que es el problema nuclear de la existencia diaria y de la técnica psicoterapéutica. Debemos tenerlo en cuenta para formular los aspectos psicológicos de la teoría de la comunicación que van cobrando cada vez más importancia conforme los matemáticos y los ingenieros necesitan la ayuda de la psicología para elaborar sus teorías de la comunicación (Brillouin, 1950).

De las muchas ramificaciones de este tema, solo consideraremos tres. La primera, ¿por qué procesos cognitivos tan importantes han sido estudiados tan poco?. La literatura moderna es limitada, consiste en su mayor parte en el trabajo de H. Bergson (1944), C.G. Jung (1946: 567-599), T. Reik (1948), y K.W. Wild (1938). Es evidente que mucha gente encuentra la intuición un asunto desagradable de discutir y sus actitudes pueden tener algunas de las cualidades de una resistencia dinámica. Bergson se ha ocupado de tales actitudes desde un punto de vista filosófico, mientras que W. Köhler las ha abordado, en otro sentido, sobre cimientos metodológicos. La gente a menudo actúa aunque teman admitir que saben algo cuando no pueden explicarse a sí mismos exactamente cómo lo saben. Nosotros, los humanos, algunas veces nos sentimos más seguros si negamos la existencia de unos procesos cognitivos determinados cuando no podemos convencernos a nosotros mismos de que los hemos comprendido completamente.

En segundo lugar, es posible estudiar el desarrollo de los procesos intuitivos en un campo particular y podríamos acometer una investigación sistemática sobre este aspecto del

asunto. En el caso del diagnóstico psiquiátrico, podemos afirmar algunas cosas. Hay tres fases en el desarrollo de esta destreza. Con principiantes, es un proceso aditivo basado en criterios didácticos: una serie de observaciones conscientemente dirigidas es clasificada conscientemente de acuerdo con nociones formales, en un intento de encontrar un ajuste entre planes preconcebidos, de tal modo que puedan verbalizar todo el proceso en beneficio del profesor. Con clínicos experimentados, los procesos de observar, clasificar y ajustar son más plásticos y complejos y tienen lugar, en parte, por debajo del umbral de conciencia. Ésta es la diferencia psicológica entre un aficionado y un profesional. En la tercera fase, que verifica y controla a las otras, el diagnóstico se hace primero plásticamente por debajo del nivel de la conciencia y más adelante tiene lugar un proceso secundario de verbalización y racionalización.

En tercer lugar, los procesos verbales son aditivos, mientras que los intuitivos son integradores. El estudiante de un nuevo campo no sabe ni más ni menos sobre ese campo del que es capaz de verbalizar en primer lugar. Manifiesta sus observaciones y las sintetiza en un diagnóstico. El clínico experimentado, por otro lado, verbaliza determinados aspectos que disecciona analíticamente a partir de su imagen inicial intuitiva del paciente, que es en gran parte una función de su experiencia pasada en el campo. En términos psicológicos, el estudiante construye un mosaico, mientras que el clínico experimentado desarma una configuración.

Podemos demostrar de varias maneras la cualidad configuracional del diagnóstico intuitivo preliminar. Sea cual sea la manera de categorizar los procesos de diagnóstico, un factor permanece constante: estos procesos se basan en observar al paciente o, más precisamente, en comprender sus comunicaciones. Muchos clínicos estarán de acuerdo en que cuanto más directas sean las comunicaciones, más preciso será el diagnóstico preliminar. La mayoría de los clínicos se sienten más confiados después de ver a un nuevo paciente en el despacho que después de hablarle "indirectamente" por teléfono. De forma semejante, prefieren diagnosticar mediante entrevista que por correo, incluso en el caso de psicóticos. Evidentemente algo sucede durante varios procesos de filtración que hacen a muchos clínicos sentirse más o menos inseguros incluso cuando disponen de una cantidad considerable de tal comunicación indirecta. En efecto, el clínico tiende a sentir la máxima seguridad en su diagnóstico cuando puede observar la configuración total de la personalidad del paciente sin la intervención de filtros.

En tales ejemplos, los procesos de filtración son obvios para los interesados. El clínico es plenamente consciente de que algo ha sido sustraído de la configuración total del comportamiento del paciente mediante la comunicación a través de un medio extraño. Sin embargo, no todos los clínicos son plenamente conscientes de los sistemas internos que pueden filtrar sus observaciones y sustraer del material disponible para los procesos de diagnóstico. El estudiante, por ejemplo, no puede ser consciente activamente de cuánto de sus observaciones está filtrándose a través de los esquemas que ha aprendido de los profesores y de los libros. Muchos clínicos más experimentados no pueden ser plenamente conscientes de cada aspecto del esquema de contratransferencia, ansiedad y desconfianza de sí mismo que la naturaleza coloca entre nosotros y nuestros pacientes. En tales condiciones, los procesos de diagnóstico tienen que funcionar parcialmente con comunicaciones indirectas, estrictamente hablando. Esto puede explicar algunas de las tendencias constantes entre los participantes en las reuniones del staff psiquiátrico, donde un individuo puede habitualmente tender hacia el diagnóstico de depresión, otro puede favorecer el diagnóstico de esquizofrenia, mientras que un tercero puede acentuar «psicopatía». Cada participante experimentado acierta de un modo

u otro, y obviamente cada uno filtra de forma diferente lo que observa. El meollo está aquí en que también el filtra lo que están intentando decirle; esto es, la intuición tiene que filtrarse a través de un ego que ordena.

Un ejemplo más específico de la naturaleza configuracional de los procesos de diagnóstico intuitivo está contenido en la siguiente observación. El autor de este artículo ha observado que, cuando trabaja en un nuevo despacho, no está tan seguro de sí mismo en la fase preliminar de diagnóstico como cuando estaba en su antiguo despacho. Esto es como si tuviese que ver al paciente sobre un fondo que había llegado a estar mentalmente estandarizado antes de sentirse seguro de haber comprendido el caso. De este modo el paciente no es la configuración entera total que interesa en el proceso de diagnóstico, sino que es una parte de una configuración y es más fácil comprenderle cuando le está viendo sobre un fondo conocido y comunica desde este fondo. Parece que este fondo es un factor importante en los aspectos más sutiles del diagnóstico. Ahora bien, defendiendo el diagnóstico verbalmente, sólo por casualidad puede formular el papel del fondo. Puede mencionar cómo el paciente usó el fondo, qué observaciones hizo sobre él y así sucesivamente, pero verdaderamente el factor del diagnóstico significativo, no es la formulación de cómo el paciente utiliza el fondo sino la percepción subconsciente de cómo encaja él en el fondo como parte de una configuración. El diagnóstico parece ser hecho "para mí" por alguna facultad cultivada que opera sobre la configuración entera por debajo del nivel de conciencia; lo que llamamos formalmente "hacer el diagnóstico", esto es, explicar los fondos del mismo, es sólo un proceso secundario aditivo, justificando lo que es conocido parcialmente de algún otro modo, a través del proceso cognitivo preconsciente e inconsciente.

Una consideración más detenida revela otros hechos interesantes. El proceso del subconsciente no produce realmente un diagnóstico. Produce un juicio preverbal de la configuración, sin conocer la terminología del diagnóstico. Lo que ocurre es que este juicio es verbalizado en terminología diagnóstica. Por ejemplo, el autor de este artículo una vez intentó adivinar mediante una mirada breve las ocupaciones de un gran número de hombres y tuvo bastante éxito en distinguir granjeros y mecánicos. Un estudio cuidadoso reveló, sin embargo, que el proceso del subconsciente no estaba juzgando verdaderamente "la ocupación" sino las actitudes de los hombres hacia problemas reales y que asignarles a determinados grupos ocupacionales era un proceso secundario basado en la percepción intuitiva, sin verbalizar, de esas actitudes: esto explicaba algunos de los errores que aparecieron en los juicios verbales.

Parece que verbalizar el conocimiento es diferente de saber sobre algo. El entrenamiento especial en cualquier campo se dirige a incrementar conscientemente la selectividad al examinar las configuraciones y a refinar la verbalización, pero éstos son procesos secundarios y los procesos perceptivos primarios tienen lugar por debajo del nivel de conciencia. Cuando el examen determinado llega a integrarse con la personalidad total mediante el entrenamiento y la experiencia, también tiene lugar por debajo del umbral de la conciencia y esta integración conduce a una mayor confianza al establecer los resultados del examen. El examen por sí mismo gradualmente llega a ser integrador más que aditivo. La mayoría del examen está condicionado por experiencias anteriores, de forma que individuos diferentes integran diferentes constelaciones de cualidades y potencialidades al observar a la gente que encuentran. Posteriores experiencias, sin embargo, como el entrenamiento profesional, puede provocar una capacidad integradora semejante interesada en nuevas constelaciones.



Psicológicamente hablando, un aficionado en cualquier campo llega a ser un profesional cuando sus procesos de examen se hunden por debajo del nivel de la conciencia y funciona de forma integradora más que aditiva. Las analogías en el campo de actividad motora ayudan a clarificar el asunto. Un principiante baila la rumba recordando poner un pie aquí, luego otro pie ahí y así sucesivamente y mediante este proceso aditivo se mueve torpemente. Pasado un tiempo, no necesita más recordar y como resultado, baila una rumba elegante y bien integrada sin pensar en ella. Si se le pide que explique cómo lo hace, sin embargo, él regresa temporalmente a su sistema anterior.

## COMENTARIO

La reacción a esta presentación sigue habitualmente ciertas líneas para las cuales son relevantes los siguientes comentarios.

Puesto que los archivos completos no se conservaron en el Centro de Licenciamiento, invito a los interesados en las cifras a considerar las ideas ofrecidas en este informe independientemente de la experiencia con los soldados. A los interesados en la personalidad, que podrían preguntar qué clase de individuo estaría interesado en tales problemas, les remito a Sir William Osler, quien una vez comentó que un buen clínico puede hacer un diagnóstico preliminar probable por la forma en que el paciente llama a la puerta. Los que prefieran las ideas, estarán al corriente de las discusiones epistemológicas detalladas de Bertrand Russell. Empíricamente el hecho hace referencia a que algunos individuos, como adivinadores de peso profesionales y los clínicos experimentados, son mejores que otros en hacer varios tipos de juicios rápidos sobre la gente dependiendo de su destreza, experiencia, interés y receptividad. El autor del artículo cree que mucha gente está dotada de mucha más capacidad en este aspecto de lo que están dispuestos a admitir. No hay necesidad de plantear preguntas de "telepatía mental" por una parte, ni de "la suma de señales subliminales" por otra, puesto que podemos ocuparnos del problema de una manera formal sobre la base de juicios de configuración sin invocar procesos extrasensoriales o aditivos.

## SUMARIO

Cada individuo normal puede diagnosticar mediante inspección. Los procesos de diagnóstico, como los de averiguar la edad, son preverbales y tienen lugar por debajo del nivel de la conciencia. El individuo puede no ser consciente de que está diagnosticando; o si lo es, puede no ser consciente de que está diagnosticando; o si se da cuenta de que lo está haciendo, puede no ser consciente de cómo lo hace. Los intentos de explicar los procesos de diagnóstico son a menudo sólo justificaciones, y sólo ocasionalmente ofrecen criterios que resultan útiles a otros diagnosticadores con diferentes personalidades, al menos en el campo de la Psicología. El autor ofrece una serie de ejemplos para demostrar los procesos de diagnóstico por inspección en el campo de la Psiquiatría y analiza los procesos de diagnóstico en tanto en cuanto se manifiestan. Discute el desarrollo de las capacidades de diagnóstico y la resistencia frecuente a confiar en el conocimiento intuitivo.

Los procesos de diagnóstico preliminares en clínicos experimentados están basados en los análisis de configuraciones por debajo del nivel de la conciencia y no, como en los principiantes, en la síntesis consciente de un mosaico de observaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- BERNE, E.: «The nature of intuition». *Psychiatric Quarterly*, 23:203-26, 1949.
- BRILLOUIN, L.: «Thermodynamics and information theory». *American Scientist*, 38:594-99, 1950.
- DARWIN, Charles: *Expression of the Emotions in Man and Animals*. Nueva York, D. Appleton & Company, 1886.
- DEUTSCH, H.: *Psychology of Women*. Nueva Yor, Grune & Stratton, 1944, Vol. 1.
- JUNG, C. G.: *Psychological Types*. Nueva York, Harcourt, Brace & Co., 1946.
- KÖHLER, W.: *Gestalt Psychology*. Nueva York, Horace Liveright, 1929.
- KROGH, A.: «The language of the bees». *Scientific American*, Agosto, 1948, Pp. 18-21.
- MYGATT, G.: *Pageant*, Septiembre 1947.
- REIK, T.: *Listening with the Third Ear*. Nueva York, Farrar, Strauss & Co., 1948.
- SCHILDER, P.: *Mind*. Nueva York, Columbia University Press, 1942.
- STURTEVANT, E. H.: *An Introduction to Linguistic Science*. New Haven, Yale University Press, 1947.
- WIENER, N.: «Time, communication, and the nervous system». *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, 50: 217, 1948
- WILD, K. W.: *Intuition*. London, Cambridge University Press, 1938.

Traducción de Elvira García de Torres. Profesora de la Facultad de Humanidades y Comunicación. Universidad San Pablo-CEU (Valencia).