

EL EFECTO KOHLER VISUAL Y KINESTESICO: EL QUEHACER EXPERIMENTAL Y LAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Sara Montagne de Torres

Siendo nuestro interés buscar por medio de técnicas experimentales las relaciones que mantienen entre si las áreas kinestésicas y las visuales, realizamos una serie de experiencias tendientes a lograr un esclarecimiento al respecto.

Nuestros pensamientos previos se fueron elaborando teniendo ciertos conocimientos presentes: por un lado, teníamos en el recuerdo aquella concepción jacksoniana que, en su mas simple enunciación, interpreta la villa funcional neurológica como una sucesión de niveles (1) que entre si guardan una relación "necesaria, pero no suficiente"; un nivel anterior es condición necesaria del próximo, pero no agota toda su previsión, no existiendo entre ellos, pues, una simple relación mecánica de causa a efecto. Qué sucede cuando se produce una lesión nerviosa, en los niveles de función? Al ser atacada una determinada función, se produce un *síntoma negativo* de supresión de función: son, entonces, disturbios deficitarios y de privación; pero existe, además, un *síntoma positivo*: al suprimirse una función, pierde el poder inhibitor que tenia, con su vigencia, sobre las otras y ellas, subyacentes, sufren ahora una liberación: son, pues, los síntomas de liberación de los niveles sanos subyacentes. Esto, en cuanto a la interpretación jacksoniana y neojacksoniana de los procesos en el orden neurológico.

Lo que Jackson describe en el sistema nervioso como una serie de niveles o pisos superpuestos, Henri Ey transcribe al piano psicológico. Seria también el caso de una serie de niveles superpuestos que van inhibiendo a los inferiores, pero sin precisar los soportes materiales (anatómicos y fisiológicos) que serian utilizados por ellos. En este *dinamismo psíquico* los niveles, que tienen una función psíquica de conjunto, global, son inferiores o superiores según su común pertenencia con la animalidad o según su peculiar presencia en el hombre. Aseguran estos últimos la integración de las fuerzas instintivas y afectivas para la adaptación al mundo exterior y, en su grado mayor, integran la personalidad sobre los pianos social y moral.

Nos interesa muy especialmente la distinción que observara Ey entre los fenómenos de orden psiquiátrico y los fenómenos de orden neurológico; cuando una causa patógena orgánica interviene sobre el sistema nervioso y perturba un nivel del dinamismo psíquico, actúa destruyendo la integración que poseía como nivel y trae consigo una alteración de la personalidad global constituyendo, así, un trastorno de *orden psiquiátrico*; para el segundo caso, la explicación teórica seria que la causa, al actuar sobre una parte del

sustrato anatómico (del mismo nivel, por ejemplo) , alteraría las funciones instrumentales que se encuentran lesionadas, provocando un trastorno de *orden neurológico*. Nosotros, sobre este particular punto, recordamos el modo como Alfort interpreta la localización cerebral (teniendo siempre presente aquel principio de Jackson: "localizar el daño que destruye el lenguaje y localizar el lenguaje son dos cosas diferentes" ⁽²⁾, y sabiendo, además, que para éste el lenguaje es una ordenación, una *jerarquía* de funciones) Recordemos, .pues, el siguiente pasaje: "El aprendizaje en general, en el curso de la evolución, implica la aparición de nuevas realizaciones. Estas realizaciones se automatizan poco a poco en la formación de estructuras que las toman a su cargo. Tales estructuras, se forman en alguna parte del cerebro, estando bien entendido que su morfología determina, mis o menos, su lugar. La dominancia hemisférica implica una tendencia del sistema nervioso, un movimiento hacia una preeminencia funcional de ciertas zonas de un hemisferio en relación al otro ⁽³⁾. Puede que en este proceso la maduración sea un factor: se trataría de un movimiento dialéctico en el cual la maduración atraiga a la función y la función acelere la maduración. Una vez formada y automatizada la estructura, es ella la responsable de la realización. En este sentido comprendemos nosotros la localización cerebral ⁽⁴⁾". Sin pasar aquí revista a las múltiples experiencias, teorías, controversias, que semejante tema viene provocando desde mediados del siglo pasado hasta nuestros días, recordemos al pasar aquella anotación que hiciera Hitzig en 1870, cuando decía que las localizaciones devienen más exactas y se trasladan hacia los más altos niveles neurales (encefalización) , ascendiendo en la escala evolutiva, resultando, por lo tanto, difícil señalarlas de un animal a otro, o de los vertebrados inferiores al hombre,

Como vemos, distintos aspectos de órdenes diferentes son, siempre, los que se tienen en cuenta cuando se trata de ver algún proceso psicológico normal en su peculiar modo de aparición. Las grandes discusiones en los Ordenes neurológicos y psiquiátricos, cuando alcanzan el nivel de erudición y la finura teórica de interpretación, no pueden ser desconocidas por el psicólogo quien, jamás, puede pensar ingenuamente que "eso es harina de otro costal" y de lo cual se puede prescindir para el análisis paciente de nuestro fenómeno presente. Muy por el contrario: el tener en cuenta (en la medida de lo posible) los finos análisis realizados por el curso del pensamiento históricamente desarrollado —y que, por otra parte, parecería complicarse ya que nos coloca en la dura y difícil tarea de una integración inmensa de múltiples elementos— no entorpece sino que allana las dificultades para la captación y comprensión del fenómeno que nos interesa, el cual permanecería muy oscuro sin esa compleja tarea de asimilación. Todo proceso psicológico normal alcanza mayor claridad con el enfoque normal y patológico de los territorios neurofisiológicos, y *con la comparación de si mismo y su alteración* en los

procesos psicopatológicos.

* * *

Hemos tratado de dar muy sumariamente algunos de los elementos tenidos en cuenta en la ocasión de querer enfrentarnos con las relaciones de las áreas kinestésicas y visuales a través de una situación perceptiva especial: *los efectos consecutivos figurales* (o *Efecto Köhler*).

Nuestra práctica experimental nos puso más de una vez (en términos de psicología normal) en situaciones que se conectaban con aquellos conceptos generales neurológicos y funcionales de la Vida psíquica (guardando todas las distancias y las diferencias que se presentan en los razonamientos por analogía, en lo que respecta a la comparación entre *principios* generales y *hechos* particulares, por un lado, y, por el otro lado en los peligros de un posible trasplante de las leyes que supuestamente rigen sobre una determinada área, a otra.

Nos referimos a los siguientes hechos: cuando realizábamos, en sujetos cualesquiera, las pruebas ideadas por Wolfgang Kohler para obtener los efectos consecutivos figurales, observábamos (y medíamos) dichos efectos en un porcentaje muy elevado de sujetos cuando se realizaban sobre el analizador visual, no así sobre el kinestésico. Las pruebas correspondientes para obtener dicho fenómeno a través de la kinestesia arrojaban cifras poco convincentes en cuanto a la apreciación del mismo. Vale decir que se nos presentaba la incertidumbre de cuándo debía considerarse como tal, o sea, como *real* distorsión perceptiva. Tanto es verdad, que comenzamos por poner en duda el sistema de registro y medida, así como los criterios que debíamos tener en cuenta para "suponer" que dicho efecto era obtenido: en una palabra, nos preguntábamos cuándo había que considerar que las cifras obtenidas eran la demostración plausible del disturbio perceptivo, y por qué. Por eso elaboramos una serie de normas, que pusimos a prueba y, luego de un muestreo suficiente, las modificamos hasta darles la forma que nos parecía apropiada para constituir una suerte de "baremo" sobre el cual ajustar las mediciones a obtener. Nos referiremos más adelante a ello (5).

Recordemos un poco las técnicas utilizadas: para las pruebas visuales realizábamos dos: una en el *Plano*, otra en *tres dimensiones*, como exploración del espacio visual. Ambas tienen el mismo sistema de presentación del estímulo: se realizan con punto de fijación, o sea que la fijación de la figura se obtiene sin movimientos oculares (por lo menos, sin recorrido) y en visión parafoveal, y al cabo del tiempo estipulado (distinto de una a otra) se retira el estímulo presente y se muestra inmediatamente un segundo estímulo que también presenta un punto central de mira. El sujeto comenta lo que ve y se puede así anotar las diferencias observadas en las figuras, el grado de distorsión alcanzado, así como el tiempo que perdura el post-efecto.

Respecto a las pruebas kinestésicas, las cuales se realizan con los Ojos cubiertos, utilizamos maderas de grosores diferentes (*objetos de inspección*), las cuales, una primero, la otra en la segunda experiencia, deben ser recorridas con los dedos índice y pulgar de la mano inhábil del sujeto durante un minuto para obtener una saturación más o menos fuerte. Al cabo de este tiempo se cambia rápidamente el estímulo por el *objeto test* (que es siempre la misma madera para ambas experiencias) y se le pide al sujeto que estime el tamaño de éste buscando el grosor que para él es el adecuado sobre una *regla de comparación* que se le coloca en la otra mano (la que no ha sufrido saturación alguna). Esa regla de comparación va desde un grosor mínimo hasta uno máximo, o sea que, recorriéndola, puede llegar a encontrar el tamaño deseado (el que es subjetivamente igual al que percibe en su mano estimulada) Fue entonces cuando nos preguntamos cuál medida se consideraría como una "verdadera" distorsión. Tuvimos en cuenta, para poder aclarar el panorama una estimulación del *objeto test* con la *regla de comparación directamente*, sin previa saturación, para conocer *el punto de igualación subjetiva* del sujeto, ya que considerarnos que no todos los sujetos pueden tener una misma exactitud en la apreciación de las medidas. Y fue allí donde pudimos ver más la gran dificultad de los sujetos en poder obtener una igualación subjetiva que coincidiera con las magnitudes reales. Nos pues, la atención la poca discriminación kinestésica que acusaban, cuando el hecho había sido tan solo el de apreciar dos estímulos directamente, sin ningún paso previo que alterara la evaluación. El término medio alcanzaba un error de 2 a 4 mm., ya por arriba, ya por abajo, de los 4 cm que mide el objeto test, pero en los límites había errores de 1 cm o más. Había, pues, que tener en cuenta este dato concreto e individual, *el de la propia capacidad estimativa del sujeto*, para poder, luego, considerar un posible post-efecto. Sobre esta base elaboramos nuestras normas y criterios valorativos. (Ver más adelante.)

Se nos había presentado, primero, la dificultad de gran parte de los sujetos (un 50 7₀) en obtener con facilidad post-efectos en la kinestesia, cuando lograban post-efectos fuertes y legítimos en el plano y en el espacio visuales (alrededor del 90 %). En segundo lugar, esta dificultad observada se hizo más notoria en la búsqueda de la igualación subjetiva kinestésica. Cabía, entonces, formularse algunas hipótesis que tendrían en cuenta el hecho de que nuestra cultura actual es predominantemente visual y que las personas sometidas a las distintas experiencias obtendrían en *Plano consciente* con mayor facilidad todos aquellos fenómenos susceptibles de ocasionarse a través de la vista. Esto propiciaría la interpretación de que el grado de automatización alcanzado por el *sentido kinestesico* se debería a su mayor antigüedad de integración. Si esto fuera cierto, y apoyándonos en criterios que asimilarían los conceptos neurofisiológicos evolucionistas, *en aquellos disturbios psicológicos (psiquiátricos) que atacan la personalidad total, se*

liberaría este nivel subyacente, al no presionar ya sobre el las estructuras de mayor integración que actuaban como inhibidoras, y, (dentro de esta personalidad) se apreciarían con mayor claridad los procesos que preponderantemente en el tienen lugar.

Por estas razones, tomamos las pruebas a enfermos psiquiátricos. El plano consciente es entendido por nosotros como un nivel más, el que quizá sea último en su integración, filogenética y ontogenéticamente. Pero nosotros entendemos *el nivel* según las modernas distinciones (mantienen relaciones dinámicas, no se ordenan jerárquicamente, mente sino que se interactúan a pesar de una posible aparición ulterior, que son autónomos en su función al no guardar un orden de subordinación, que carecen de *valor*), y no nos resultaba extraño el suponer que se dieran estos fenómenos consecutivos figurales (kinestésicos) en las personas afectadas psiquiátricamente, ya que el modo de alterarse el plano consciente en una personalidad enferma no puede ser entendida mecánicamente. Ahora bien, hay que tener presente que estas son consideraciones y que no pretenden ser afirmaciones ni explicaciones, pues debemos tener en cuenta las condiciones mismas de las experiencias, las que a veces, sobre todo cuando no están suficientemente probadas, 'son las que están propiciando ciertos fenómenos y que, modificándolas desaparecen aquellos, o se atenúan, o aparecen otros distintos. Por ejemplo, las pruebas visuales precisan de la verbalización de los sujetos, no así las kinestésicas, que se obtienen por el simple registro material de la *realización directa* del sujeto. Si esto resultara una facilitación para el enfermo mental no cabría hablar de un "plano consciente" en este caso. Pero, como al mismo tiempo debemos integrar la conducta del paciente en la ocasión de las pruebas visuales, veríamos que muestran gran dificultad en la obtención del post-efecto (admitamos, que al fin y al cabo, *nadie*, pacientes o no, saben que se trata de "distorsiones" del campo perceptivo: solo tienen que *describir* lo que ven) ; y cuando lo obtienen —pues la respuesta así lo manifiesta—, es débil, de poca duración y describen bien la situación presente cuando se les muestra directamente el material (sin saturación) Nuestro sistema de control fue muy exigente, de modo que las pruebas que aceptamos son aquellos que no nos ponían en la menor incertidumbre respecto a su legitimidad. Tendría lugar, pues, la hipótesis de que la actitud consciente del enfermo psiquiátrico en el plano visual mostraría gran defecto con respecto a la de los sujetos normales, mientras que el fenómeno en el plano kinestésico daría el caso inverso, o se manifestaría más o menos en la misma medida en que se da en los sujetos normales.

Cabe la aclaración siguiente: nuestras hipótesis no son todas del mismo tipo (no surgen de un solo campo) y no guardan entre sí una forzosa necesidad lógica; por otra parte, no las damos como confirmadas, pues el alcance de nuestro trabajo conserva aun el carácter hipotético. La última afirmación está encuadrada en consideraciones generales,

tales como lo inherente al muestreo (que debía ser mayor, y en lo que a nosotros respecto lo será, pues continuamos trabajando en este sentido) , y lo referente a la índole de los sujetos experimentados, pues hemos tornado "psicóticos" como grupo sin intentar —ahora si lo haremos— discriminaciones entre diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad (con porcentajes en función de la edad de los sujetos), así como las distinciones entre edades y sexos. Los grupos no fueron tornados con técnicas de apareamiento: se trató, simplemente de ver si, "en bloque", valía la pena seguir más a fondo el "psicótico" y el "normal". Tampoco podemos afirmar que todas las diferencias obtenidas se deban solo a lo "psicopatológico", ya que éste se nos dio en situación manicomio (internación) salvo los casos de los sujetos tomados especialmente para esta situación y que eran enfermos psiquiátricos no internados, vistos en consultorio externo. Salvando, pues, la crítica de las hipótesis —ya que permanecen en situación similar—, habiendo adelantado respecto a nuestra iniciación no en cuanto a su confirmación racional sino en su soporte fáctico—, pasemos a desarrollar nuestra experiencia y a estudiar los datos obtenidos cuidando, claro esta por lo ya dicho, de no dar la impresión de afirmar por medio de generalizaciones que superen lo que estrictamente está contenido en ellos.

EL EFECTO KOHLER EN UN GRUPO PSICOTICO Y EN UN GRUPO CONTROL (6)

Las relaciones de los planos kinestésicos y visuales a través de dicho efecto

En 1962 tomamos una muestra, a fin de poner claridad a muchas inquietudes presentadas en varios años de labor experimental didáctica.

La adopción de ciertos sujetos fue más forzosa que buscada. Las dificultades para continuar trabajando con los mismos sujetos iniciales son muchas, considerando que eran enfermos en tratamiento. Muchos quedaron sin completar, muchos tuvimos que deshechar, pues siempre interrogábamos al médico acerca de las drogas que ingerían o del cambio de tratamiento (7). Quedamos con solo 26 sujetos para el grupo, cuando fue más del doble la cantidad que vimos. De modo que, si bien antes dijimos de los defectos que adolecía nuestro muestreo (poco homogéneo en diagnóstico) digamos ahora, en descargo, que el sistema de control fue rigurosísimo: no alteramos las condiciones de los enfermos, y las tomas y los registros fueron severamente controlados. En muchos enfermos se hicieron más de seis controles y retests (en estas pruebas, no están contraindicados los retests).

	Grupo psicotico	Grupo normal
Nº de sujetos	20 internados 6 cons. exter.	18
Edades de los sujetos entre	18-62	18-26

De los 26 psicóticos, hubieron 14 esquizofrenias y formas esquiz., 4 formas maniacas, 2 débiles mentales, 6 varios (alcoholismo, epilepsia)

CRITERIOS VALORATIVOS PARA LAS PRUEBAS VISUALES (para 1962 y 1964)

0. — El S. no tiene post-efecto.
1. — El efecto es débil y fugaz.
2. El efecto es fuerte (acusación cualitativa por parte del S. pero muy breve (menor de 4 seg.).
3. — El efecto es fuerte, con variadas distorsiones y acusa persistencia mayor de 5 seg.

CRITERIOS VALORATIVOS PARA LAS PRUEBAS KINESTESICAS (para 1964)

0. — a) No hay desplazamiento de la cifra representativa del punto de igualación subjetiva.
- b) Hay un mm de desplazamiento de dicha cifra.
1. — a) Desviación de 2 mm con cualquier tipo de discriminación.
b) Cualquier desviación con discriminación MALA (ver).
2. Desviación de 4 ó 3 mm, con discriminación MUY BUENA, BUENA o REGULAR.
- 3.— Desviación de 5 mm o más con discriminación MUY BUENA y BUENA.

CRITERIO VALORATIVO PARA EL PUNTO DE IGUALACION SUBJETIVA (DISCRIMINACION)

MUY BUENA (MB) cuando el S. obtiene: 3,9 ó 4,0 ó 4,1 cm.

BUENA (B).....cuando el S. obtiene: 3,7 ó 3,8 ó 4,2 ó 4,3 cm.

MALA (M).....cuando el S. obtiene: 3,4; 3,5; 3,6; 4,4; 4,5; 4,6 cm.

REGULAR (R) . . . cualquier otro valor.

Nota: Previamente a la administración de las pruebas, los psicóticos fueron sometidos a una serie de pequeños tests que confeccionamos nosotros, a fin de detectar la comprensión verbal, comprensión de relaciones, conocimiento de las figuras geométricas realizadas, etc. A esto denominamos CONTROL MUESTRA.

RESULTADOS GRAFICOS COMPARATIVOS

PRUEBAS VISUALES

PRUEBAS VISUALES

A) En el <i>plano</i>			B) En el <i>espacio</i>		
	PSICÓTICOS	NORMALES		PSICÓTICOS	NORMALES
Nº de S.	23	17	Nº de S.	25	18
Nº de respuestas positivas	15	14	Nº de respuestas positivas	10	18
Porcentaje entre nº de respuestas y nº de sujetos	60,86 %	82,35 %	—————	40 %	100 %
Puntaje óptimo ..	69	51	Puntaje óptimo ..	75	54
Puntaje obtenido .	32	40	Puntaje obtenido .	32	52
Porcentaje del puntaje obtenido respecto del óptimo	46,37 %	78,43 %	—————	25,33 %	96,29 %

Como se observa, ambas pruebas visuales arrojan menos efectos consecutivos en los psicóticos que en los normales; no solo por la *cantidad* de sujetos que los obtuvieron, sino también en razón de la *calidad* de las respuestas, que se evidencia en el puntaje (fuerza y duración del efecto consecutivo) . La diferencia de puntajes aun mayor en las pruebas del espacio. Veamos, en análisis comparativo:

- a) En el plano: menos de los 3/4 de los S. dieron respuestas positivas, y en cuanto a las respuestas, el puntaje alcanza solo los ³/5 del puntaje del grupo control;
- b) En el espacio: solo menos de la mitad de los S. psicóticos (respecto siempre al nº del grupo control) obtuvieron los efectos consecutivos figurales, y en cuanto al puntaje, arrojaron solo ¹/4 respecto al puntaje del otro grupo.

	PSICÓTICOS	NORMALES
Plano	46,37 %	78,43 %
Espacio	25,33 %	96,29 %
Promediando, tendremos:		
Pruebas visuales	34 %	87 %

o sea, que la proporción en la capacidad de obtener post-efectos visuales entre los psicóticos respecto de los normales, es del 39 %.

c) *Pruebas kinestésicas*

Para la confección de este gráfico se ha tenido en cuenta el promedio de ambas pruebas kinestésicas.

	PSICÓTICOS	NORMALES
Nº de sujetos	24	18
Nº de respuestas positivas	43 (de 48)	26 (de 36)
Porcentaje de las respuestas respecto al nº de las pruebas	89,58 %	72,22 %
Puntaje óptimo	144	108
Puntaje obtenido	80	52
Porcentaje del puntaje obtenido respecto del óptimo	56 %	48 %

Por vez primera, el Grupo Psicótico supera en promedio de porcentaje de respuestas al Grupo Control. Veamos ahora los gráficos de las pruebas kinestésicas por *separado*:

Prueba con O.I. de 1,5 cm.

	PSICÓTICOS	NORMALES
Nº de sujetos	24	18
Nº de respuestas positivas	21	15
Porcentaje de las respuestas respecto al nº de las pruebas	87,50 %	83,33 %
Puntaje óptimo	72	54
Puntaje obtenido	36	33
Porcentaje del puntaje obtenido respecto al puntaje óptimo	50 %	61,11 %

Prueba con O. I. de 7,0 cm.

Nº de sujetos	24	18
Nº de respuestas positivas	22	11
Porcentaje de las respuestas respecto al nº de las pruebas	91,66 %	61,11 %
Puntaje óptimo	72	54
Puntaje obtenido	44	19
Porcentaje del puntaje obtenido respecto del óptimo	61,11 %	33,33 %

Como se puede muy Bien observar, no en ambas pruebas kinestésicas hay una superación en el puntaje del Grupo Psicótico respecto al Grupo Control. Pero es muy notoria la diferencia (es mucho mayor) cuando se trata del Objeto de Inspección de 7 cm. En esa oportunidad, el Grupo Psicótico *dobla* al Grupo Control. En el cuadro comparativo —en donde se tenían en cuenta los promedios— el G: Psi. Tenía una relevancia del orden del quinto. Ahora, viendo los datos por separado de ambas pruebas, notamos que cuando se trata de inspeccionar el O. I. de 1,5 cm. es el Grupo control quien supera, en un porcentaje de 1/5 de ventaja, y cuando se inspecciona un O. I. de 7 cm. la diferencia a favor del Grupo Psicótico es muy grande. Nada podemos aventurar respecto de esta situación particular.

Retomando todos los datos, podemos entonces concluir: el Grupo Psicótico arroja un

promedio de *Efectos consecutivos figurales kinestesicos* (56 %) que sorprende respecto al promedio de dichos *efectos visuales* (34 %) y también por cuando es la única vez que supera al Grupo control, como promedio de ambas pruebas kinestésicas y fundamentalmente por una de ellas. Esta superioridad no es demasiado grande, de modo que se podría suponer que *ambos grupos* tienen, como promedio de las dos pruebas, resultados semejantes, con comportamientos específicos diferentes.

Resumamos los datos en el siguiente gráfico:

	PSICOTICOS	NORMALES
Piano	46,37 %	78,47 %
Espacio	25,33 %	96,29 %
Kinestesia (1,5)	50 %	61,11 %
Kinestesia (7,0)	61,11 %	33,33 %

Tendremos, pues, los siguientes promedios visuales y kinestesicos:

	PSICOTICOS	NORMALES
Visuales	34 %	87 %
Kinestésicos	56 %	48 %

Vemos, pues, al observar estos datos, que a través de nuestra investigación no se desprende una buena correlación entre los efectos consecutivos figurales visuales y los efectos consecutivos figurales kinestésicos, dentro de los mismos sujetos. Diferimos, en ello, los trabajos de Wertheimer, en los cuales el autor manifiesto haber encontrado dicha correlación, y, entonces —al parecer por lo expresado en el artículo de Bonnet, 1963— coincidiríamos nosotros con Klein y Kreech, 1952, así como también con los trabajos de Eysenck, 1955 y 1962, con los de Spitz y Lipman, 1960, los cuales, desgraciadamente, no conocemos. Es- tá, pues, claro, que tal correlación no es observable en nuestro muestreo.

Hay otro aspecto que queremos destacar aquí: ya en el comunicado de 1962 hicimos notar que no todos los efectos consecutivos figurales se dan en el sentido contrario del estímulo de inspección (como define el mismo Kohler a dichos efectos). Para Kohler, el efecto consecutivo es la distorsión producida en el estímulo presente por la saturación que precedió, y tal distorsión se da en el sentido opuesto: si el O. I. —objeto de inspección— es pequeño, la apreciación del O. T. —objeto test— se verá afectada por una distorsión que lo aumentará, dándose el caso diferente en la situación de saturar previamente con una magnitud mayor a la del O. T. Pero nosotros, en aquella oportunidad, dijimos que a este efecto consecutivo, se le podía denominar "negativo", así como las imágenes consecutivas son "negativas" por cuanto dan el color o el brillo opuesto al del estímulo, y propusimos llamarlos "desplazamientos negativos", conservando el término de "desplazamiento positivo" a aquel que se dé en el mismo

sentido del 0. I.: apreciación mayor del 0. T. cuando la saturación tuvo lugar con una 0. I. mayor, apreciación menor del 0. T. cuando la saturación fue obtenida con un 0. I. menor que dicho objeto

Conservando hoy esta terminología, tenemos el siguiente e interesante cuadro:

PSICOTICOS			
INTERNADOS CONSULTORIO Ex. NORMALES			
Desplazam. —	58 %	67%	86%
Desplazam.	42 %	33 %	14 %

a través del cual vemos cuanto más desplazamiento positivo hay entre los enfermos mentales, que reporta ser tres veces mayor que en los sujetos normales.

Veamos, por ultimo, otro dato de interés. Analicemos, por separado, el tipo de discriminación que obtienen los tres grupos de sujetos, recordando la tabla valorativa:

DISCRIMINACION	PSICOTICOS		
NORMALES	INTERNADOS CONSUL. EXT.	NORMALES	
MB	16 %	16 %	11 %
B	27 %	16%	33%
R	22 %	16 %	38 %
M	33 %	50 %	16 %

o sea:

Muy Buena y Buena	44 %	33 %	45
Regular y Mala. . . .	56 %	67 %	55 %

y obteniendo las M. A. de ambos grupos psicóticos, tenemos:

PSICOTICOS NORMALES	
MUY BUENA Y BUENA	38 % 45 %
REGULAR Y MALA	62 % 55 %

Recordemos que la discriminación está tomada en nuestro trabajo como el *punto' de igualdad subjetiva*, y que sobre esta medida se adjudica el valor del post-efecto. De este modo, teniendo presente nuestra valoración, los psicóticos no se ven favorecidos en puntaje ya que la mayor parte de ellos, el 62 7₀, tienen discriminación regular-mala, y estos dos tipos de discriminación no pueden *nunca* obtener los tres puntos máximos.

RESUMEN: El presente artículo se basa en un trabajo experimental realizado en 1962, en donde se tomaron las pruebas de W. KOhler visuales y kinestésicas para obtener los efectos consecutivos figurales (efecto KOhler). Los sujetos fueron tomados entre psicóticos y normales, constituyendo dos grupos. Los grupos no fueron apareados, pues solo era nuestro interés ver si surgirían diferencias significativas. Los datos arrojan que los psicóticos tienen dificultada la obtención de post-efectos en el área visual, no así en la

kinestésica (no obtuvimos la correlación buena que afirma Wertheimer). Estableciendo las comparaciones entre los gráficos obtenidos, esta diferencia a favor del área kinestésica en psicóticos alcanza mayor relevancia, ya que dentro del mismo grupo psicótico es mayor la capacidad kinestésica —en lo que a post-efectos se refiere que la visual, y en su confrontación con el grupo normal, es mayor el efecto consecutivo kinestésico de los psicóticos. En el plano visual, el grupo normal lo aventaja mucho. Es de destacar que los desplazamientos de tipo positivo son muy frecuentes en los psicóticos (el 62 % de los efectos obtenidos en ellos son de este tipo)

Se aventuraron ciertas hipótesis que tienen que ver con los niveles funcionales y su alteración en la personalidad enferma.

Se concluye que este tipo de investigación conserva interés y que se continuará en el mismo sentido, con apareamiento de grupos por diagnóstico, edades y sexos.

Notas

- (1) En este caso sin las connotaciones modernas del término.
- (2) BRAIN, 1915.
- (3) ALFORT, LELAND B., *Cerebral Localization*, 1948.
- (4) GARCIA BADARACCO, J. *Problems actuels de pathologie cérébrale*, en "Entretiens psychiatriques", 1952.
- (5) En 1964 hemos cambiado el criterio que utilizamos en 1962, en parte. No afectamos, con este cambio, lo esencial de las conclusiones, pero si nos parece mas apropiado que el anterior, por lo menos, mas elaborado.
- (6) El trabajo fue presentado al VIII^o Congreso de la SIP, Mar del Plata, abril 1963, completo. Solo tomamos en cuenta aquí los datos finales y mencionamos brevemente algunas condiciones de trabajo.
- (7) Gracias a la noble gentileza de los médicos psiquiatras de la Sala Alejandro Korn del Melchor Romero, Dr. Córscico y colaboradores.