

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA



VIGENCIA DE LA ENTREVISTA  
PSIQUIATRICA

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

ANGELES ANDRADE ARGUIMBAU

MEXICO, D. F.

1976



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNAM  
1976  
58  
Ej 1



M-162165

Jpe. 372

Con profundo amor a tres seres que forman parte entrañable de mí.

María de los Angeles

Leónfelipe y

Juancristóbal.

A Rodolfo, mi amor, mi amigo, mi compañero desde siempre.

A mis padres, ejemplo y guía con infinita  
gratitud y cariño

A mi abuelita May, con ternura  
y admiración

A la memoria de mis adorados abuelos.

José Lorenzo

Manuel y Mercedes

Recordados siempre con amor

A Gilda, mi hermana, mi mejor amiga.

Al Doctor Raúl Bellon  
mi querido Maestro

## SUMARIO :

	Pág.
	<u>—</u>
CONSIDERACIONES GENERALES .....	3
CAPITULO I.—La entrevista un Método de Investigación.—Finalidad de la Entrevista ...	9
CAPITULO II.—La Entrevista Psicológica y la Entrevista Psiquiátrica.—Sus Orígenes y Esquemas de la Entrevista Psiquiátrica.—Sus Obstáculos por parte del Entrevistado y por parte del Entrevistador.—Sentido y alcance de la Entrevista Psiquiátrica .....	91
CAPITULO III.—Casos Clínicos (5 Entrevistas Psiquiátricas) .....	147
CONCLUSIONES .....	211
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	215

...“es el alma humana nuestro campo de acción. Cada conflicto, cada pleito envuelven arduas cuestiones de Psicología y de moral. Con el hombre hemos de convivir, en el campo amojonado de las pasiones y los deseos. Por lo cual, estamos, por regla general, imbuidos del vulgar prejuicio de que los hombres se dividen en locos y cuerdos de modo rotundo y tajante, como si entre las dos categorías no hubiese grados intermedios, sino una línea trazada a cordel”...

Pedro Mata

# Consideraciones Generales

Colisión de intereses y actitudes, pseudo conflictos generacionales, pánico, vigilia, somnolencia, nuestra vida interna y externa es una contradicción y un reto:—hay que modificar lo que existe para encontrar el nuevo hombre. Esa es la tarea de la Psicología moderna.

En este trabajo intentamos incursionar en un tema vasto, complicado. Desentrañar los secretos del equilibrio, penetrar en los de la motivación de la conducta, es también otra forma de la audacia. Así y todo, no habría ciencia posible sin audacia.

Ahora, en 1976 cuando vivimos el último tercio del siglo XX, la importancia de la investigación psicológica es mucho mayor que nunca.

Los incentivos, las motivaciones, irrumpen en nuestra interioridad en forma violenta y, a veces, inesperada.

Las últimas décadas han sido señaladamente bruscas. La turbulencia internacional, los conflictos del hambre y la miseria, la conquista del universo, la sexualidad reprimida o liberada, son problemas que afectan de manera directa la conducta humana.

El hombre vive inseguro y quiere liberarse de estos conflictos que lo afectan.

La Psicología puede ser -y es- un decisivo coadyuvante para formar la conciencia de otro hombre, que viva

en otra sociedad, al amparo de otras normas y de una nueva organización.

Pero este estudio no debe ir más allá de ciertas demarcaciones, no interesa trascender los límites de la psicología clínica, tema al que este estudio quiere aproximarse.

Para incursionar en el ámbito de lo humano y pretender elucidar las características que informan nuestra vida diaria, es imprescindible rastrear el terreno de las manifestaciones externas.

Toda conducta cito un lugar común para nosotros está motivada.

*Causas* La Psicología motivacional explica las causas y ~~causas~~ *causas* que determinan la actuación del hombre en uno u otro sentido.

Entonces advertimos que es harto complejo desentrañar la conducta del hombre para analizar acuciosamente sus elementos. Una inacabable suma de factores externos e internos la condicionan.

Para nosotros todo se encuentra en cambio constante, en transformación permanente. La conducta del hombre no escapa a esta apreciación.

Toda conducta es movimiento: movimiento cósmico, armónico, sistemático, a veces caótico.

Es por eso que debemos estudiar, primero, las causas que motivan la conducta ya que, complejos como son los problemas del alma humana, no pueden, para diagnosticarse o pronosticarse, depender sólo de los rígidos esquemas de la física, la química o la matemática.

Las claves para rastrear los entresijos de la conducta humana nos las han dado los autores clásicos y, hoy, sólo pueden ser enriquecidos por nuestra propia orientación psicoanalítica.

El hombre es uno, y está solo, -así viva en muchedumbre- con su propia soledad; tiene que habérselas él, frente al mundo, solo: antes de la cibernética y después de la cibernética.

Intransferible, impermutable, la vida de cada hombre es una historia cuyos resortes motivacionales no emparientan con los de ningún otro hombre. Cada quien vive una vida, que no puede desvivir. Los últimos rendimientos de las ciencias exactas así como ciertas tesis de las corrientes en uso, actúan como verdaderos, eficaces auxiliares para una más correcta inteligencia de los padecimientos. La psiquiatría de hoy requiere, como en el tiempo de los precursores, de altas y densas dosis de intuición. Me atrevería a decir que hasta de instinto, porque el entrevistador, agotados los recursos que pudieran ofrecerle los medios más avanzados del diagnóstico clínico, tiene que ser historiador, intérprete de unos hechos que conoce con escasa precisión, vagamente y esta es una tarea de la imaginación interpretar las primeras causas o las últimas reacciones de una conducta -las cuales para cada individuo serán diferentes, porque diferentes serán también las causas que lo motiven a actuar (es más, mucho más una faena de talento -vale decir de la experiencia humana- que de la pura estadística).

Así, el entrevistador ha de recomponer hechos y episodios de una vida como si se tratara de las piezas sueltas de un rompecabezas.

A veces hay que romperse literalmente la cabeza para interpretar las razones de una angustia, las causas de una depresión.

De entrada una entrevista podrá no parecer difícil, sin embargo han de considerarse los elementos desunidos, contrapuestos que historian la configuración de una conducta. Por ello donde, ~~cuando~~ decíamos que el entrevistador es un poco narrador, un poco constructor y reconstructor de hechos, palabras que para él son claves y que le servirán de apoyatura para adelantar una hipótesis de trabajo.

Porque eso es la psicología de hoy: conjunto de razonamientos sujetos a comprobación, posibilidad de acierto y posibilidad de error, camino para el individuo y nunca mágica receta o verdad revelada.

Respuesta concreta a las inquisiciones del hombre de nuestro tiempo, método, sistema, posibilidad de salvación, la Psicología moderna busca la íntima raigambre de la conducta, la primera razón o acaso, la última causa de las formas de la impotencia.

De Sócrates a Freud, de los primeros ~~maestros~~ *maestros* filosóficos al inicio de las más depuradas formas del Psicoanálisis, con una u otra tendencia, matizada de ingredientes sociales o individualistas, interpretada, reinterpretada y hasta mal interpretada, la Psicología ha sido la nota vertebradora, la clave de bóveda de una angustia ancestral: hay que salvar al hombre. Hablo de una salvación de aquí y de ahora; no de la salvación como esperanza, más bien hija de la ignorancia, si no de la salvación como posibilidad, más bien hija de una buena, razonada confianza en la autosuficiencia del hombre.

La salvación psicológica es el fruto de un arduo, dilatado desarrollo de la experiencia científica pero, sobre todo, de la experiencia del conocimiento del entorno humano, de la "hombredad" unamuniana.

# Capítulo I

La Entrevista un Método de Investigación.—Finalidad de la Entrevista.

## **La Entrevista: un método de investigación (Entrevista en general)**

Toda conversación supone dos o más personas presentes; el diálogo y la conversación son muy poco estructurados a menos que sean provocados y controlados como sucede en la entrevista psicológica.

Los miembros de una conversación o diálogo son intercambiables, lo que nunca podrá ser posible en la entrevista.

El diálogo es una comunicación recíproca entre dos personas, gracias al diálogo es posible la comunicación.

Dialogamos para recibir información, dar informes; En un diálogo hay datos nuevos que entregamos, o bien datos nuevos que nos son comunicados.

Por medio de la comunicación nos informamos es decir, introducimos en nuestra mente formas nuevas, lo específico de determinados objetos.

La palabra entrevista tiene un sentido preciso, serio y estructurado.

En el diálogo debe haber confianza, determinada actitud hacia nuestro interlocutor.

Dialogamos para comunicar nuestros juicios de valor sobre los datos que informamos, podríamos decir que el diálogo es un intercambio de opiniones.

Si en un diálogo no encontramos novedad en los datos, puede sin embargo haber confirmación de ellos.

En todo diálogo existe también lo que podría denominarse intercambio de sugerencias, aquí entra ya la voluntad de los sujetos que dialogan para influir el uno sobre las opiniones o ideas del otro y viceversa. De esta manera puede lograrse una información más adecuada del tema sobre el cual se dialoga.

Es de vital importancia el que las personas que dialogan no quieran imponer de una manera irracional sus puntos de vista, simplemente deben sugerir es decir “arrojar sus ideas para que éstas sean meditadas y aceptadas o no”, de esta manera podrá también comprobarse el grado de educación de los interlocutores, ya que la educación es un sistema de requerimientos y la personalidad humana alcanza la cultura con la comunicación.

La palabra entrevista supone los medios de conversación y diálogo observándose también durante la entrevista la conducta del entrevistado.

Para poder llevar a cabo una entrevista es necesario tener una intención.

Existen varios tipos de entrevista los cuales tienen desde luego distintos fines.

#### 1.—ENTREVISTA DE TIPO INDUSTRIAL (ENTREVISTA DE PERSONAL).

El plan de interrogatorio de la entrevista de personal es formal y estructurado ya que se tiene un mínimo de información del sujeto entrevistado en lo que se refiere a su vida, sus antecedentes, sus costumbres, etc.

En esta entrevista, el entrevistado ha ido voluntariamente a ser entrevistado, lo que discrepa de los demás tipos de entrevista; ya que, ir a pedir un trabajo es aceptar de antemano ser entrevistado.

En la primera entrevista de personal generalmente no trata el tema del trabajo que quiere conseguir el entrevistado; simplemente es un cambio de impresiones para que el entrevistador juzgue las posibilidades del entrevistado para así de esta manera estar seguro si el entrevistado está o no capacitado para ocupar el cargo al que aspira.

En este tipo de entrevista pueden también existir resistencias fuertes por parte del entrevistado como son, ocultar sus fracasos anteriores, las causas por las cuales ha sido despedido de sus antiguos empleos, etc.

Por esta razón el interrogatorio que se realiza en este tipo de entrevista debe ser un interrogatorio más extenso y preparado para lograr conocer de la manera más veraz posible la vida y costumbres del sujeto entrevistado, para lo que se necesita que el examinado tenga realmente deseos de ser entrevistado y exprese voluntad de contestar lo que se le pregunta contribuyendo de esta manera a vencer las resistencias que se presentan en toda situación de entrevista.

**Psicodrama.—El psicodrama no reúne las características de la entrevista, es una técnica para exploración y diagnóstico**

La técnica llamada psicodrama, en la que el enfermo actúa sus problemas en un escenario, utiliza el efecto catártico de liberarse de las experiencias pasadas. Sin embargo, según J. L. Moreno, creador y fundador del método psicodramático, las situaciones psicodramáticas pueden actuarse en cualquier parte. Moreno creó un escenario especial que se adapta a tres niveles de acción, que corresponden en forma simbólica a las manifestaciones emocionales, sociales e ideales. El nivel más bajo es utilizado por pacientes cuyos tras-

tornos pertenecen a lo que Freud llamaba el **id**, por ejemplo, la llamada "fase catatónica de la esquizofrenia", el segundo nivel es utilizado por enfermos capaces de mayor acción (ego) y el nivel superior, por personas cuyos trastornos, según señala Moreno, yacen en el superego, como los maniaco-depresivos y los que sufren de la ilusión de ser mesías o seres dotados de poderes superiores. Los enfermos actores representan en compañía de otros pacientes y con un grupo especialmente entrenado de terapeutas actores llamados "egos auxiliares", quienes, familiarizados con los problemas de los pacientes, desempeñan el papel de cualquier persona del ambiente habitual del enfermo. Uno de los fines de este tratamiento es despertar la espontaneidad del paciente. Por ello, la audición se celebra a puerta cerrada. El auditorio está formado solamente por terapeutas actores y por enfermos con trastornos similares. El sujeto es así estimulado no sólo a descargar sus conflictos emocionales, sino a aclararlos a sí mismo y al auditorio; y así los espectadores enfermos observan cómo otros han solucionado, o dejado de solucionar sus problemas. El terapeuta, tomando el papel de director, interpreta el comportamiento del enfermo, sus fantasías y alucinaciones. Cuando un enfermo no responde, el terapeuta deberá improvisar situaciones de choque, por ejemplo, sugiriendo (ayudado por la simulación) al enfermo que se encuentra en el infierno, como se hizo con un negro catatónico quien, por este choque, volvió de su estupor y habló. Algunas veces, el paciente psicótico, en sus momentos de lucidez es vuelto intencionalmente a su interior mundo psicótico, reviviendo sus experiencias. De este modo el paciente puede ver el lado psicótico y la realidad de la vida, ajustándose a esta última. Como en el psicoanálisis, el tratamiento psicodramático debe tomar en cuenta la resistencia del paciente; ésta es gradualmente vencida encerrándole dentro de la trama dramática o provocando sus protestas. Si los "ego auxiliares" representan una situación ligeramente diferente a la que el enfermo ha experimentado, este último protestará: "pero si no sucedió en esa forma", entonces el terapeuta le insinuará "¿porqué

no nos enseña como sucedió?”. Como el paciente puede representar con toda libertad sus papeles alucinatorios, sus fantasías pueden ser exploradas y estimuladas por los “egos auxiliares”. Por ejemplo: Si un paciente imagina ser un rey, se le permite actuar como tal, usando el disfraz adecuado, y los miembros del reparto se convierten en sus ministros, cortesanos y otras figuras que le sean necesarias. Mientras los “egos auxiliares” cambian de personalidad de acuerdo con la cambiante fantasía del paciente, el terapeuta llama la atención sobre las incoherencias del enfermo (que puede haber actuado hoy como hombre de negocios y ayer como artista) explorando sus relaciones. Si se establecen relaciones de transferencia, los “egos auxiliares” podrán llevar al enfermo gradualmente hacia la realidad, acostumbándolo de nuevo a su vida diaria. El significado terapéutico del psicodrama ha sido demostrado en algunos hospitales como el de Santa Isabel, en Washington.

### **¿En qué forma debe efectuarse el análisis de los contenidos y la interpretación de los datos obtenidos?**

Es particularmente importante considerar la fiabilidad de los datos y los errores de medida cuando se valoran las diferencias entre dos puntuaciones. Teniendo siempre en cuenta la amplitud total dentro de la cual puede fluctuar cada puntuación, se controlará la tendencia a conceder demasiada importancia a las pequeñas diferencias entre las puntuaciones. Es muy deseable esta precaución en los dos casos siguientes: cuando se comparan puntuaciones de tests de distintas personas y cuando se comparan las puntuaciones del mismo individuo en aptitudes diferentes. Análogamente, los cambios en las puntuaciones debidos a las instrucciones o a otras variables experimentales han de interpretarse según los errores de medida.

La deficiencia cualitativa de los cuestionarios de personalidad estriba en que sólo investigan una dimensión de la personalidad, por medio de preguntas a las que se ha de responder sí o no y por situaciones de estímulo y res-

puesta, pero esta desventaja cualitativa en su ventaja cuantitativa, permite que los resultados pueden ser registrados fácilmente y valuados estadísticamente.

Las pruebas multidimensionales, que investigan las pautas complejas de la personalidad, no permiten una estandarización rígida, ya que todos los elementos tienen que ser estudiados en su mutua relación y a la luz de la manifestación completa. Al estudiar las relaciones de la personalidad compleja nuestro vocabulario no puede limitarse a categorías aisladas y a resumir afirmaciones. La mayoría de estas pruebas sirven para explorar la personalidad más que para valuarla y aun los sistemas de registros desarrollados para las pruebas proyectivas como la de Rorschach y el TAT no pueden ser separados de la interpretación individual. Puesto que en la compleja pauta de personalidad investigada, cualquier cambio en una parte, influye en el conjunto, no se puede tener absoluta confianza, y aunque una evaluación de lo descubierto sería posible usando métodos convergentes, se necesita afinar más la evaluación estadística de lo que se quiere hacer en las pruebas unidimensionales. Se ha objetado también que todas las pruebas multidimensionales de personalidad están basadas en teorías de la personalidad que no están científicamente valoradas ni estandarizadas. La dosis de culteranismo que con frecuencia sustituye a la verdadera formación científica ha atraído a muchos profanos al campo del diagnóstico de la personalidad y esto ha desacreditado a la psicología como ciencia. Sin embargo, para una exploración práctica de la personalidad normal y anormal, los métodos multidimensionales parecen ser los que tienen más mérito y en la investigación teórica de la estructura de la personalidad estos métodos abren un amplio y prometedor campo.

## 2.—ENTREVISTA PERIODISTICA.

La entrevista periodística tiene como finalidad poner de relieve las características más sobresalientes de la persona entrevistada, ya sean sus cualidades, sus méritos, etc.

La entrevista periodística como los demás tipos de entrevista reúne ciertos requisitos.

a) En este caso la persona entrevistada debe despertar interés en los demás, o bien por sus hazañas, por su belleza, su sabiduría, por su trabajo, por sus éxitos, etc.

b) En toda entrevista periodística debe haber una serie de preguntas por parte del entrevistador, seguidas por un espacio de silencio, para que el entrevistado si quiere responda o no a las preguntas.

El entrevistador, que en este caso es el periodista debe ganarse la simpatía del entrevistado para que este acceda a responder las preguntas que se le hagan.

c) El entrevistador debe saber tomar en cuenta solamente lo más importante de todo lo que le contesten.

En este tipo de entrevista, el entrevistador es el que pide al entrevistado que se deje entrevistar, por lo que éste tipo de entrevista depende exclusivamente de la voluntad del entrevistado para que se lleve o no a cabo. Teniendo también privilegio de contestar solamente aquellas preguntas que son de su agrado y abstenerse de hacerlo si la pregunta que se le hace le molesta, pudiendo retirarse de la entrevista en el momento que lo desee.

Estas características son las que hacen que la entrevista periodística sea completamente distinta a las demás clases de entrevista.

### 3.—ENTREVISTA JUDICIAL.

En este tipo de entrevista nunca se le pide a la persona que va a ser entrevistada que acepte o no la entrevista, solamente se le llama para que se presente a ser entrevistada, con conocimiento de que, si no lo hace, será penada, ya sea con multa o si el delito del cual se le inculpa es grave, la pena que se le impondrá será la de cárcel.

El sujeto al que se cita a este tipo de entrevista, no puede hacerlo de la misma manera que se haría una entrevista de tipo periodístico, ni con la misma cordialidad, ya que el entrevistado, en este caso, se halla ante muchísimas barreras que tienen que vencerse para llevar a cabo la entrevista.

El entrevistador que en este caso es el Magistrado, se halla ante la presencia de un hombre, cuyos datos son de sumo interés para el primero. Razón por la cual el interrogatorio de la entrevista judicial debe ser preparado cuidadosamente con las preguntas adecuadas para conocer la verdad de los hechos que se investigan y se ajustarán a la ley.

El juez debe vencer ciertas resistencias por parte del entrevistado como son: desconfianza, miedo, mentiras, encubrimiento, etc.

En este tipo de entrevista se utilizan sofismas peligrosos de interrogatorio para la parte interrogada, ya que el interés del entrevistador, que en este caso es el juez, es obtener datos para llenar los requisitos del proceso penal, de acuerdo con los indicios que se tengan.

Por todo lo anterior, se puede concluir que la entrevista más rígida, formal y estructurada, es la entrevista judicial.

### **La Entrevista Psiquiátrica**

La entrevista puede considerarse como un diálogo psicosocial ya que presupone una relación entre dos personas que desempeñan papeles diferentes.

No puede haber entrevista, si no hay relación psicosocial, habiendo comunicación y relación psicosocial e interacción entonces habrá entrevista.

La entrevista psicológica puede ser de tres tipos:

1.—Psiquiátrica, 2.—Psicoterapéutica y 3.—Clínica.

En toda entrevista hay desde luego como ya hemos dicho un entrevistador y un entrevistado. La entrevista es como dice Sullivan ( 1 ) “Una situación de comunicación verbal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrados, sobre una base progresivamente desarrollada de experto- cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio”.

Esto quiere decir que todas las personas, cualquiera que sea su raza, su condición social, etc., tienen contactos con otras muchas personas obteniendo de ellas poca o mucha información, sin embargo este tipo común de relación no debe considerarse como una situación de investigación de tipo psiquiátrico aunque exista en esta relación información, ya que no existe entre ellos una relación seria y de tipo científico.

Toda entrevista debe tener la intención de conocer a la persona en sus tres aspectos fundamentales e inseparables; como son el aspecto biológico, el aspecto psíquico y el aspecto social. Es decir que debe siempre considerarse al hombre como una unidad **BIO-PSICO-SOCIAL**.

En toda entrevista se recogen datos, los cuales deben ser separados en categorías, para después poder compararlos con el concepto de normalidad; de esta manera poder concluir en qué aspecto o aspectos el sujeto entrevistado coincide con las pautas de conducta que se consideran como normales.

Lo “normal” es el mayor número de frecuencias con que se presenta un fenómeno. Lo que se encuentra menos de la frecuencia recibe el nombre de hiponormal y si el

---

(1) SULLIVAN STACK HARRY, “LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA”,—EDITORIAL PSIQUE, BUENOS AIRÉS, 1964 CAPITULO PRIMERO, PAGINA 28.

fenómeno que se estudia sobrepasa la frecuencia se le denomina hipernormal.

Y así se podrá decir de una persona que no pueda prestar atención que padece hipoprosexia, o bien si su capacidad de atención sobrepasa lo normal se dirá entonces que es una persona con hiperprosexia.

Como ya se ha dicho toda entrevista debe tener un fin, debemos siempre estar seguros de lo que buscamos, y desde luego, es posible que mientras se está realizando la entrevista suceda algo imprevisto que haga que desviemos la atención de nuestro objetivo; para que esto no suceda es imprescindible en toda entrevista fijarse normas para poder llevarla a cabo de la mejor manera posible.

En toda entrevista es necesario clasificar en dos niveles:

1.—Lo que el sujeto dice o hace y 2.—A cuál de los tres aspectos corresponde (psíquico, biológico, social).

Debemos entender también su relación con el medio ambiente que le rodea, su relación consigo mismo.

“La Hipótesis Estructural” nos indica en qué nivel el sujeto se identifica con él mismo, es decir su relación objetiva que surge de la relación hijo-madre puede ser con el Ego, Ello, Ello ideal, o superego, así como el sujeto se pone en relación consigo mismo. Su capacidad intelectual y de relación, la cual nos será dada al investigar su grado de escolaridad y su ocupación.

Otro punto muy importante de investigación que debe esclarecerse es ver de qué manera razona el sujeto entrevistado, cómo establece juicios y en qué esfera.

Durante la entrevista pueden llevarse a cabo dos tipos de interrogatorio:

1.—Interrogatorio directo; que es aquél que se realiza directamente con el paciente.

2.—Interrogatorio indirecto; es aquél que se realiza con cualquier persona relacionada con el paciente. Los datos que se obtienen en este tipo de interrogatorio sirven para corroborar o simplemente poder comparar los datos obtenidos en el interrogatorio directo.

En toda actuación de entrevista las bases que se tienen son la observación y el interrogatorio.

Para que una entrevista pueda considerarse ideal, debe reunir los siguientes requisitos:

1.—Debe realizarse en un ambiente con el menor número de estímulos que puedan distraer o inhibir al sujeto entrevistado, teniendo como consecuencia que los datos obtenidos en la entrevista sean alterados, perdiendo con ello validez.

2.—La luz del lugar donde se lleve a cabo la entrevista debe ser media, de manera que no moleste al sujeto entrevistado.

3.—Debe haber desde luego silencio absoluto de preferencia, para que el entrevistado se sienta tranquilo y pueda concentrarse de la mejor manera que le sea posible, antes de dar sus respuestas.

Poder conseguir silencio absoluto es casi imposible, por lo que basta que haya poco ruido, para que se lleve a cabo la entrevista sin que el sujeto se distraiga.

4.—La ventilación del lugar de entrevista es también sumamente importante.

5.—Debe existir una temperatura (18 a 20 grados centígrados) agradable y constante.

6.—El entrevistador debe proporcionar al entrevistado un lugar cómodo, con el menor número de estímulos, ya que al sentirse a gusto le será más fácil exponer su caso al entrevistador.

7.—Toda entrevista debe llevarse a cabo únicamente entre el entrevistador y el sujeto entrevistado, evitándose la presencia de terceras personas que puedan cohibir al paciente al grado tal que éste se niegue a contestar lo que se le pregunta.

Se le brindan al sujeto entrevistado todos los requisitos antes mencionados y se ve de qué manera los utiliza.

El entrevistador debe empezar a acumular datos de la actitud del sujeto entrevistado desde el preciso momento en que el paciente toca la puerta del consultorio o lugar donde se realice la entrevista.

Debe notarse si llegó puntual, si llegó antes o se retrasó, si viene solo o acompañado.

Debe verse también como entra, si claudica o no, si viene por su propio pie o ayudado; si saluda, de qué manera lo hace, si se sienta inmediatamente o si espera a que se le ofrezca asiento.

El entrevistador debe tener siempre presente no estimular al entrevistado, solamente en caso necesario, cuando el entrevistador lo juzgue indispensable; ya que si se le estimula constantemente el paciente responderá entonces al estímulo y no expresará su vida instintiva.

Si el entrevistador es capaz de controlar todas las variables que se presenten en la situación de entrevista, será también capaz de llevarla a cabo en cualquier lugar, aunque éste no reúna los requisitos adecuados.

Inmediatamente después de haber recibido al paciente, el entrevistador, que en este caso es el psiquiatra, sabrá cómo debe conducir la entrevista, es decir, si orientará al

paciente en sus respuestas para así de esta manera conocer los tópicos que más le interesen, o bien le dará Tribuna Libre, permitiendo que el paciente se exprese libremente conociendo cuál o cuáles son los problemas que más le preocupan.

En las preguntas orientadas, el entrevistador puede darse cuenta si el paciente responde o no a los estímulos reales, saber si existe o no relación entre el estímulo que se le da y la respuesta.

De esta manera el entrevistador se dará cuenta si el sujeto entrevistado es normal, es decir, se verá si guarda o no relación con la realidad. Si es un sujeto neurótico su realidad estará un poco deformada; en caso de existir una pérdida completa de la realidad el entrevistador estará frente a un paciente psicótico.

Todo entrevistador tiene la obligación de clasificar, e integrar, los datos proporcionados por el sujeto entrevistado en la historia clínica.

Una entrevista será válida, solamente que se registre en ella la fecha en que fue realizada (día, mes y año).

### **Esquema de una Entrevista Psiquiátrica**

#### **1.—FICHA DE IDENTIDAD:**

Nombre:

Edad:

Estado Civil:

Lugar de Nacimiento:

Nacionalidad:

Ocupación:

Religión:

Escolaridad:

Domicilio, tal referencia: pabellón o sala, número de cama (si es hospitalizado el paciente).

Responsable:

Nombre:

Dirección del Responsable:

Teléfono:

Fecha de Ingreso:

Fecha de elaboración de la Historia Clínica.

## 2.—FUENTES DE INFORMACION:

Paciente, familiares, asistentes, otras fuentes, etc., opinión sobre las fuentes de información.

## 3.—DESCRIPCION BREVE DEL PROBLEMA DEL PACIENTE:

¿Qué motivó su internación?. En este punto deben enumerarse brevemente los principales síntomas del padecimiento del enfermo.

## 4.—HISTORIA PERSONAL:

A) Embarazo y parto.

Enfermedades de la madre durante la gravidez. Relación de los padres, si el hijo era o no deseado.

Condiciones del parto.

a) Eurósico.

b) Distósico.

B) Enfermedades del recién nacido; trato hacia el mismo.

A) Conformación del cuerpo.

- B) Ictericia.
- C) Vacunas.
- D) El dormir, el llorar, el estornudar. La boca abierta.
- E) La madre que crió y la que no crió.
- F) Deberá observarse también si el paciente procede de un parto único, o bien si fué segundo o más, etc.
- G) Peso al nacer.
- H) Nacimiento prematuro.
- I) Alimentación artificial.
- J) Dentición (a qué edad brotó).
- K) Incontinencia de orina (control de esfenter).
- L) Motilidad.

LL) Historia ocupacional: Diversos trabajos desempeñados, duración en los mismos: causas de separación, sueldos, puntualidad; pereza, rutina, originalidad, vagancia. Sentimientos hacia el trabajo, los compañeros o jefes.

M) Rasgos de la personalidad: Sociabilidad, amistades íntimas, actitud ante el sexo, adaptación al ambiente, prominencia social. Características específicas del estudiado; fluctuaciones emocionales y opinión del paciente sobre otros aspectos así como la de otras fuentes de información.

N) Intereses recreacionales y culturales; juegos y deportes, su participación en ellos, su éxito, si sacrifica su responsabilidad por ellos.

Ñ) Religión: Clase de religión, opinión sobre ella. Aquí debe investigarse si el paciente ha tenido un apego repentino a la religión, revelaciones, o bien si se ha alejado bruscamente de su religión.

O) Hábitos y tendencias anti-sociales: 1.—Tabaco, alcohol, drogas, sueño, apetito, etc. 2.—Arrestos, períodos de prisión, mentira, robo, engaño, asesinato, intentos de suicidio. Condiciones en que se han desarrollado si existen. Su reacción ante estos hechos. Actitud de los familiares ante la posición del enfermo.

P) Historia sexual: información que el paciente ha tenido; opinión sobre la misma. Edad de la aparición de la menstruación; ritmo y duración de la misma, embarazos, menopausia, masturbación, homosexualidad, primera experiencia heterosexual y sus circunstancias; frecuencia, imagen mental durante el coito, perversiones sexuales, su actitud ante ellas.

Q) Historia Marital: Condiciones del matrimonio, intereses económicos y sociales; cariño mutuo, etc. Edad de ambos cónyuges al contraer matrimonio; abortos, hijos ilegítimos; caracteres de las relaciones conyugales, afecto, bondad, actitud dominante, sumisión, celos, frigidez, impotencia, irritabilidad, satisfacción sexual. Actitud ante los hijos, etcétera.

R) Historia clínica y hospitalizaciones anteriores: Antecedentes individuales, patológicos y de personalidad. Enfermedades anteriores, traumatismos, en especial: jaquecas, vómitos, convulsiones, hipersomnio, constipación, trastornos urinarios, terrores nocturnos persistentes, sonambulismo, onicofagia, chuparse los dedos, mal humor. Otras manifestaciones del orden sistemático.

S) Historias venéreas: blenorragias, sífilis, su antigüedad, tratamiento y actitud emocional ante esta enfermedad.

T) Enfermedades mentales previas: Historia de ellas, terapéutica recibida.

## 5.—HISTORIA FAMILIAR:

A) Historia completa de los miembros de la familia; influencias ambientales y familiares; actitud del paciente ante los familiares y figuras significantes y viceversa.

B) Líneas directas o colaterales, investigando: deficiencia mental, constituciones anti-sociales, excentricidades: neurosis, psicosis, convulsiones; heredodegeneraciones familiares, apoplejías y parálisis; sífilis, cáncer, tuberculosis, enfermedades del corazón, nefritis, diabetes, etc.

C) Infancia menor o preescolar e infancia mayor o escolar.

Se anotará también a qué edad ingresó en el jardín de niños, tratará de hacerse una relación histórica con los datos que pueda aportarnos el paciente, si la madre vive, ayudará comprobando o bien enriqueciendo la historia con más datos.

D) Escuela primaria, secundaria, preparatoria y profesional.

Se anotarán las reacciones del paciente ante cada una de las etapas de su vida escolar, cuáles fueron sus triunfos y sus fracasos, cómo se enfrentó a ellos, qué grados tuvo que repetir, si hubo o no deserción escolar, en qué grados y porqué.

Si fué un estudiante brillante, mediocre o bien procuraba pasar inadvertido.

## 6.—PADECIMIENTO ACTUAL:

Principio súbito o lento.—Descripción cronológica hasta el momento actual de los síntomas salientes. Cuadro ambiental en que se ha desarrollado la enfermedad.

## EXAMEN MENTAL Y ESTUDIO DE LOS ELEMENTOS PROCESALES

### A) Conducta general.

1.—En la admisión.

2.—Curso en el Hospital con datos de las enfermeras y/o asistentes.

3.—Durante el examen mental:

Se hará observación directa del paciente, tomando en cuenta dos aspectos fundamentales que no pueden separarse:

a).—El físico y b).—El mental.

a).—ASPECTO FISICO:

Apariencia general del paciente porte y actitud; arreglo personal y ropas; exageración en la limpieza manifestaciones somáticas.

b).—ASPECTO MENTAL.

Inquietud, manerismo, angustia, desconfiado, aprensivo, manipular irritable, arrogante, si rehusa o no la entrevista, inquieto, impulsivo o bien si presenta una conducta ajustada a la realidad, si se muestra franco y accesible.

B) Tendencias mentales:

1.—Orientación en tiempo, lugar y persona (estado confusional, obnubilación mental).

2.—Efectividad y estado de ánimo:

Alegría, jocosidad, euforia, risas, tristeza, desesperación, llanto, ira, irritabilidad, cólera, preocupación, hipochondría.

3.—Asociación y procesos de pensamiento. (Rapidez de las mismas. Fuga de ideas, lentitud, retardo, con directriz del pensamiento. Prolijidad, incoherencia, bloqueo, incongruencia, neologismos).

4.—Contenido del pensamiento. (fantasías, fobias, miedos, ideas delirantes. Ideas sobre valoradas; ideas depresivas; sentimientos de culpa, auto-castigo; ideas de enfermedad; ideas de irritabilidad y sentimientos de extrañeza y falta de naturalidad en sí mismo o en el ambiente; ideas nihilistas; ideas de interpretación e ideas de persecución, celos, acusaciones de infidelidad, creencias expansivas y grandiosidad, ideas de riqueza y poder, delirios.

5.—Percepción: ilusiones, alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias, tácticas, imaginación.

6.—Entendimiento y juicio, capacidad para comprobar hechos o actos. Entender su relación y seguir conclusiones correctas. Capacidad de insight, auto-conocimiento. Desarrollo de la personalidad.

7.—Memoria, trastornos de la misma, reciente, remota: anterógrada, retrógrada, amnesia, lagunas mentales.

8.—Estudios psicológicos: Tests y opinión del psicólogo.

9.—Contenido (sueños y pesadillas).

8.—EXAMEN FISICO.—Exploración Neurológica: Esta parte del examen es exclusivamente realizada por el neurólogo.

a) Cráneo: simetría, tamaño, zonas dolorosas, latidos, cicatrices.

b) Columna vertebral: conformación, movimientos, zonas dolorosas, gijosis, escilosis, lordosis.

c) Nervios Craneales:

I.—Olfatorio.

II.—Óptico, agudeza visual, izquierda y derecha, campo visual, fondo de ojo, derecho e izquierdo.

III.—Motor Ocular Común.

IV.—Patético y Motor ocular externo.—Movimientos oculares convergencia, diplopia, ptosis.

V.—Trigémino: sensibilidad facial y maseteros.

VI.—Facial: simetría facial, deformación estética, temblores, movimientos faciales, voluntarios, activos, etc.

VII.—Auditivo: capacidad auditiva; agudeza; zumbidos, ruidos, vértigos.

VIII.—Glossofaríngeo: capacidad para la distinción de sabores (subjetiva y objetiva).

IX.—Neumogástrico: deglución, movimientos del paladar, reflejo, náuseas, fonación.

X.—Espinal: postura de la cabeza, tortícolis; exploración de trapecio, y esternocleidomas toideo.

XI.—Hipogloso: Lengua, atrofia, fibrilación, movimientos, temblor.

9.—SISTEMA MOTOR:

a) General, apariencia global.

Sensibilidad manual (diestro o zurdo). Grados de destreza.

Articulación de la palabra.

Postura.

Marcha.

Apraxia (afasia motora).  
Movimientos involuntarios.

b) Miembros superiores: Postura.  
Fuerza muscular.  
Movimientos, velocidad  
y coordinación.  
Movimientos involunta-  
rios.  
Prueba índice-nariz.  
Adiadococinesia.  
Escritura y dibujo.

c) Miembros inferiores: Postura  
Fuerza muscular.  
Movimientos, velocidad  
y coordinación.  
Movimientos involunta-  
rios.  
Temblor.  
Prueba talón-rodilla.  
Nutrición y desarrollo.

d) Músculos del tronco: Cintura escapular.  
Pectorales.  
Abdomen.  
Cintura Pelviana.

#### 10.—SISTEMA SENSORIAL:

Subjetivo: Cooperación del paciente.

Objetivo: Contacto, pincel, algodón, dolor (alfiler),  
temperatura.

Sistema Profundo: Sentido de vibración (diapasón),  
sentido de posición de los dedos, manos y pies.

Ectereognosis.

Discriminación de dos puntos.

Dolor: músculos dolorosos, nervios dolorosos, etc.

#### 11.—REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS:

Maseterino, bicipital, tricipital, radial, Hoffman, rotuliano, patelar (clonus), aquiliano, abdominales, cremasteriano, plantar, Babinsky, Posolino, Gordon.

#### 12.—SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO:

Relación del III, IV y VI pares craneales. Pupilas, simetría, forma: Derecha e izquierda; reflejos pupilares fotomotor y de acomodación.

Argil Robinson.

Exoftalmo y enoftalmo.

Salivación.

Temperatura de las extremidades.

Estado de las uñas.

Sudoración.

Dermografismo.

Pruebas Pilomotoras.

Reacciones vasomotoras.

Número y calidad de las pulsaciones.

Arritmia sinusal.

Presión arterial.

#### 13.—SISTEMA ENDOCRINO:

Biotipo.

Desarrollo sexual: Testículos y glándulas mamarias.

Tiroides.

Pigmentación, distribución del panículo adiposo.

Distribución del pelo.

Esqueleto: Cráneo, mandíbula, huesos largos, etc.

14.—EXAMEN FISICO GENERAL:

- 1.—Cabeza.
- 2.—Cuello.
- 3.—Tórax.
- 4.—Abdomen.
- 5.—Extremidades.

15.—ESTUDIO DE GABINETE Y LABORATORIO:

Rayos X. Electroencefalograma.—Líquido cefalorraquídeo y sangre. Otras investigaciones.

16.—EVOLUCION Y TRATAMIENTO:

En este punto del examen psiquiátrico tanto el médico como el psicólogo emiten su punto de vista sobre el caso para obtener un mejor diagnóstico y tratamiento del enfermo. Medicamentos, observaciones y conducta del paciente. Modificaciones de la sintomatología.

17.—IMPRESIONES DEL MEDICO QUE ELABORO LA HISTORIA:

- 1.—El papel de la herencia y la influencia familiar.
- 2.—Factores constitucionales (corporales y mentales).
- 3.—Factores etiológicos.
- 4.—Tipo de reacción y diagnóstico diferencial.
- 6.—¿Pudo hacerse algo. Cuándo y cómo para prevenirse este estado?

18.—RESOLUCION FINAL:

Resumen o historia resumida al cerrar el expediente.

Elaboró la Historia

---

Nombre y firma

## Entrevista Psicológica

El entrevistado es portador de elementos que al entrevistador le interesa saber.

El entrevistador debe desplegar una estrategia de tipo oral (conversación, diálogo, etc.) para obtener la información del entrevistado. El contenido de lo que dice el entrevistado, puede no tener valor para el entrevistador. El entrevistado debe aportar datos que solamente en la entrevista pueden ser conocidos, si se obtienen de otra fuente pueden servir como confirmación de los datos dados por el entrevistado, si esto no sucede, entonces esos datos no tienen sentido.

El entrevistado debe entregar al entrevistador una situación vívida.

Existen dos conciencias de la situación, la del entrevistador y la del entrevistado. El entrevistador debe captar los datos aprehendidos por la conciencia del entrevistado

La situación del entrevistador es ventajosa en comparación con la del entrevistado por lo que debe manejarse esta situación defensiva.

Los factores psicológicos que protegen la conciencia del entrevistado deben ser perfectamente entendidos para poder manejarlos.

En una entrevista psicológica lo más importante es la presentación.

La entrevista psicológica se clasifica:

1.—Información del entrevistador y el entrevistado. (Si se quiere obtener información del entrevistado es una entrevista psicosocial, si se quiere obtener transformación es una entrevista clínica).

2.—Tipos de estructuración.

3.—¿Qué diferencia hay entre una entrevista psicológica y un interrogatorio psicológico?.

No es lo mismo una entrevista que un interrogatorio, ya que el interrogatorio restringe las preguntas que deben ser contestadas.

El interrogatorio en sí no es entrevista, ya que ésta supone conversación y diálogo de ambas partes, mientras que en el interrogatorio solamente el interrogador es el que habla al dirigir al interrogado sus preguntas, las cuales estarán de antemano perfectamente estructuradas para obtener la información pertinente, sin salirse de límites previamente establecidos; y limitándose al interrogado únicamente a responder con precisión las preguntas que se le hagan.

Hay interrogatorios de preguntas abiertas.

Mientras que en la entrevista se incluye la conversación y el diálogo, observándose también la conducta del entrevistado desde el momento mismo que aparece frente al entrevistador viendo su forma de entrar, su marcha, su vestimenta, la forma de saludar, de sentarse, de hablar, escuchando la entonación de su voz, el modo como responde a las preguntas que se hacen, etc.

Todos estos datos se van registrando para después emitir el diagnóstico ya que se hayan obtenido los datos que el entrevistado proporcione, los cuales pueden servir para confirmar los primeros datos que se observarán.

1.—Información del entrevistador y del entrevistado. Si solamente se desea obtener información del entrevistado es una entrevista psicológico social.

Si se desea transformar algún aspecto o toda la conducta del entrevistado, es entonces una entrevista clínica.

## 2.—TIPO DE ESTRUCTURACION.

- a) Entrevista dirigida.
- b) Entrevista no dirigida.

En la entrevista dirigida, se estructuran las preguntas que se le van a hacer al entrevistado de antemano, para obtener la información que se desea.

En la entrevista no dirigida, las respuestas son libres por lo tanto es menos estructurada, en este caso se deja al entrevistado que hable libremente de lo que él quiera, es lo que se ha llamado TRIBUNA LIBRE, para ver de qué manera el sujeto se enfrenta a su mundo, de qué manera recibe y maneja los estímulos del medio ambiente.

El entrevistador debe captar los datos por la conciencia del entrevistado. La situación es ventajosa para el entrevistador, por lo cual debe estar pendiente de la situación defensiva que el entrevistado está viviendo ante él, para poder manejarla y obtener de la entrevista datos valiosos para él.

### **Entrevista clínica**

Esta entrevista puede ser psicológica, psiquiátrica o con fines terapéuticos, puede también ser preferentemente de diagnóstico o de terapia.

Si es entre personas “normales”, solamente para ayudarla a resolver sus problemas transformando su situación, es una entrevista psicológica.

La finalidad de una entrevista terapéutica es la transformación que debe efectuarse en algunos rasgos o rasgo de la personalidad del entrevistado.

Las entrevistas psicoanalíticas y psiquiátricas, son variaciones de la entrevista clínica.

## **Finalidades**

En la entrevista psicoanalítica el entrevistado no necesariamente debe estar enfermo y en la psiquiátrica sí.

Hacer que el entrevistado tenga conciencia de sus complejos, deseos, estado, fijaciones, etc.

Para poder transformarse él y por sí mismo.

A medida que se va haciendo el diagnóstico progresivo se va buscando la terapia.

Existen dos escuelas discrepantes referentes a esto:

La de Freud que dice que primero deben hacerse todas las entrevistas necesarias y posteriormente dar el diagnóstico y la terapia adecuada.

Y, la escuela de Rogers, que dice que durante las entrevistas puede irse dando la terapia adecuada.

La actitud del entrevistado es menos reticente aunque a veces es algo agresiva o bien cooperativa, etc.

Se puede hablar de una estrategia en la entrevista clínica, la información que se pretende obtener de la vida del paciente es la situación fenomenológica absolutamente existencial, ya que solamente el paciente puede darnos información sobre su vida.

Solamente se revelará la verdad al psiquiatra, psicoanalista, psicólogo que sepan manejar la entrevista adecuadamente.

Para que halla entrevista clínica se necesita librar una batalla con estrategia.

### **Clasificación de la entrevista psicológica**

1.—Información del entrevistado al entrevistador.

Para obtener simplemente información o bien diagnóstico del entrevistado.

## 2.—ESTRUCTURACION:

ENTREVISTA DIRIGIDA.

ENTREVISTA NO DIRIGIDA (TRIBUNA LIBRE).

Esto último es a criterio del entrevistador, dependiente de lo que más convenga en cada caso.

### **La entrevista: Un método de investigación.**

#### **Finalidad de la entrevista**

Ampliando los conceptos mencionados anteriormente en las consideraciones generales sostenemos que la entrevista, implica, una relación psicosocial entre dos personas que desempeñan los dos papeles fundamentales de la misma, el entrevistador y el entrevistado.

El entrevistador es el sujeto activo de la misma, y el entrevistado el sujeto pasivo de ella.

No son las entrevistas psicológica ni la psiquiátrica las únicas en su género (la diferencia entre ambas será establecida posteriormente); la entrevista tiene tantas facetas como motivaciones sociales puedan presentarse: entrevistas privadas, personales, políticas, informativas, etc.

En términos generales, una entrevista puede realizarse entre más de dos personas: por ejemplo, las entrevistas de prensa que concede un político se realizan entre él como entrevistado y un número más o menos grande de periodistas, como entrevistadores.

Puede haber también entrevistas de temas específicos en donde también haya más de dos individuos interviniendo.

Todas estas entrevistas quedan al margen de nuestro estudio específico, en el cual sólo hemos de referirnos a la entrevista de tipo psiquiátrico.

No es indispensable que en las entrevistas psicológicas existan nada más dos sujetos: el activo y el pasivo. Hay entrevistas de este tipo incluso donde los sujetos activos pueden ser múltiples, independientemente de que lo sean o no los sujetos pasivos.

En las entrevistas psiquiátricas por el carácter que revisten de diagnóstico, es indudable que tanto el entrevistador como el entrevistado sean únicos, aunque en casos especiales los entrevistadores pueden ser varios.

◀ La entrevista en psicología surge como un método de investigación para descubrir el "ser" auténtico de una persona. Es, pues, un camino para encontrar la verdadera personalidad de un sujeto o de un grupo más o menos complejo. ▶

No siempre el psicólogo busca en su investigación un padecimiento o una deficiencia de tipo mental; en las entrevistas llamadas psicológicas podríamos decir que se busca "la verdad del sujeto" ▶

A este respecto hemos de referirnos a un ejemplo expuesto por Murray ( <sup>1</sup> )

"Por múltiples motivos, unas veces derivados de traumas, y otras de circunstancias tales que motivan retracciones y desde luego simulaciones o disimulos, un individuo no suele presentar su verdadera personalidad a los ojos de quienes lo observan. Su "yo" está encubierto por un número más o menos espeso de "velos". Para llegar hasta ese "yo", el psicólogo mediante sus observaciones debe ir desprendiendo tales velos hasta llegar a la verdadera personalidad del sujeto en estudio".

El símil, nos parece muy aceptable. El psicólogo va quitando velos al sujeto que examina hasta encontrar me-

---

(1) Murray H. A. *ESPLORATIONS IN PERSONALITY*.—Oxford University, Press, Nueva York, 1938.

diante diversos procedimientos el “auténtico yo” del examinado.

Uno de estos medios para realizar la investigación del “yo”, es precisamente la entrevista que forma el tema central del presente trabajo.

(Creemos indispensable mencionar al referirnos al tema de entrevista los estudios de Harry Stack Sullivan). ( 2 )

Sullivan se refiere en sus trabajos de modo especial a la entrevista psiquiátrica; pero desde luego, su doctrina puede aplicarse también a la entrevista de fondo psicológico en general, porque sus principios teóricos son especialmente adaptables a lo que él mismo llamó “la teoría de las relaciones interpersonales”, basada en la “comunicación”, sus obstáculos y la forma de vencerlos. ( 3 )

La entrevista en el campo de la psicología es, en realidad, un método que se puede aplicar también, como ya dijimos, a una enorme variedad de situaciones.

El término “entrevista” no debe aplicarse a un cierto período fijo de tiempo; debe de referirse a un curso de hechos interpersonales que pueden abarcar una sola comunicación o varias.

Por lo tanto no debemos limitar el concepto a una sola unidad de entrevistas, sino a una serie de ellas con el alcance que se considere oportuno para lograr la meta propuesta.

La entrevista concebida en esta forma ya sea plural o unitaria, es, pues, fundamentalmente un método de inves-

---

( 2 ) Sullivan Stack Harry, CONCEPCIONES DE LA PSIQUIATRIA MODERNA.—

( 3 ) Sullivan Stack Harry, LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA.—Editorial Psique, Buenos Aires, 1969.

tigación que persigue la finalidad concreta que en su propósito se halle.

Refiriéndose a la entrevista, el Dr. Otto Allen Will, en el prólogo de la obra de Sullivan ya citada, dice lo siguiente:

“A menudo hablamos u oímos hablar del “arte” de una cosa u otra: el arte de vender, el arte de la medicina o el arte de entrevistar, etc. Empleado de esta manera, el vocablo “arte” puede indicar que una parte muy importante de la profesión o tarea desempeñe un papel de suma importancia en el éxito o en el fracaso de la empresa. La palabra sugiere, asimismo, que los detalles de esa relación no están sujetos a observaciones y descripciones; son “intuitivos”; “subjetivos” o “personales” y posibles de ser perjudicados de alguna manera, al ser observados muy de cerca; o son “insignificantes”, y nada “científicos”, y, por lo tanto, no apropiados para un estudio objetivo. Así, al referirse al “arte” de entrevistar, puede sugerir que los procesos en esa instrucción no son observables, y que, por razones enteramente claras, la situación podrá florecer mejor en una atmósfera de reserva o aislamiento. Sullivan pensó que el método científico podría ser aplicado al campo interpersonal y que las normas de acción en la entrevista podían ser identificadas, observadas y definidas, de una manera que, en cierto grado trasladaría todo el proceso apartándolo de la oscuridad de su arte, para llevarlo hacia la claridad de una ciencia”.

Esta es la aportación sustancial de Sullivan al concepto de la entrevista **“científicamente establecida”**.

Sullivan también menciona otro aspecto, sumamente importante, de la entrevista. Hace resaltar el hecho de que muchos de los procesos de la entrevista se mantienen oscuros en reiteradas ocasiones debido a la ansiedad mutua de los que participan en ella.

Una gran parte de las entrevistas, tanto psicológicas como psiquiátricas, quedan interferidas por el período de ajuste entre entrevistador y entrevistado, por la fuerza disyuntiva de la ansiedad experimentadas por ambos partícipes de la misma.

“La “comunicación” queda así sujeta a una especie de “corto circuito” mental, que necesita ser rectificado para que aquella funcione adecuadamente.

Es perfectamente lógico que los participantes de una entrevista de cualquier tipo, experimenten emociones que motiven su deseo de mutuo retiro.

La lógica de este hecho, se deriva de una auto-defensa, que es consecuencia del deseo de reservarse su propio “yo” para él mismo, en lo que se refiere al entrevistado y en lo que se refiere al entrevistador, puede introducirse en su ánimo cierto cansancio, cierta indiferencia, que motivan también una reacción de retiro.

Los contactos personales, tanto en el terreno que nos ocupa, como en otros muchos aspectos, sociales, están llenos siempre de esta clase de restricciones mentales.

Decía Unamuno, a este respecto ( <sup>1</sup> ):

“Cuando Juan y Pedro dialogan entre sí, la verdad sobre Pedro y sobre Juan es múltiple. Existe lo que Juan cree que es Pedro; lo que Pedro cree que es Juan, lo que en realidad es Pedro y lo que en realidad es Juan. “A través de este intrincado laberinto de verdades, el psicólogo trata de establecer su versión sobre lo que él cree qué es Juan y sobre lo que él cree qué es Pedro, y, de ese modo busca la verdad absoluta, de los “yos” de sus interlocutores”.

---

(1) Unamuno Miguel de.—“LA VERDAD ABSOLUTA Y LA RELATIVA”.—Obras Completas, Tomo IV, Página 243.—Editorial Labor, Madrid, 1938.



Hay que partir de un hecho, que es un obstáculo evidente a la entrevista; a nadie le gusta ser entrevistado. Porque el entrevistado psicológicamente tiene “un último velo” del que no se desprende, ni siquiera ante sus más íntimos familiares. (Mecanismos de defensa o reacciones ante las amenazas de desintegración).

Este último velo es muy difícil de ser desprendido y el entrevistador tiene que recurrir a toda su habilidad profesional, para conseguir que el “yo” aparezca en toda su desnudez.

Si esto se produce, tratándose de una entrevista psicológica, en la que no se busca realmente una anormalidad o un complejo, más ha de producirse cuando se trata de indagar psiquiátricamente cualquier tipo de deficiencia o anormalidad. Surge, entonces, lo que se llama el “stress”, definido como la circunstancia que acompaña a la frustración y al conflicto.

Cuando un individuo está impulsado hacia una meta determinada, pero encuentra un obstáculo que lo detiene, la frustración repetida, conduce a un retraimiento, que Selye denominó con el término “stress” ( 2 ).

“Stress” es un estado de cosas desagradable. Temer algún conflicto o barrera levantada en el camino de un objetivo, es algo irritante o molesto. Muchas veces el conflicto o frustración es mayor y entonces el individuo reacciona emocionalmente con una quiebra, o desajuste de su personalidad. Esta reacción, puede ser física, o mental. Corresponde, entonces al psicólogo clínico; le corresponde lograr mediante la entrevista, una ayuda al florecimiento externo del “stress” para aplicar después una técnica correctiva. (Terapia).

Vemos pues, que la entrevista, es una “comunicación” sujeta a muchas posibles interferencias, que sólo pueden

---

(2) Selye H.—THE STRESS OF LIFE.—Editorial Mc. Graw-Hill.—Nueva York, 1956.

anularse o reducirse, a base de un equilibrio emocional entre el entrevistador y el entrevistado.

Llegar a conocer a otra persona es probablemente una de las cosas más difíciles que se presentan al psicólogo, porque este conocimiento exige destrucción de las normas de protección en el entrevistado y una delicadeza de trato en el entrevistador que haga desaparecer primeramente el temor y la auto-defensa del sujeto entrevistado.

### ◁ La conducta en la situación de entrevista ▷

La entrevista es lo más importante para la comprensión de la conducta.

La manipulación estructurada en la entrevista es un intento para conocer los procesos mentales del paciente y orientarlo hacia su diagnóstico.

El simple acto de verbalizar tiene sus propios valores de expresión personal para el paciente; lo cual le da oportunidad (catarsis). Los beneficios de la plática con una persona comprensiva que escucha la “confesión” de los pensamientos y sentimientos que lastiman es muy importante y ésto debe ser comprendido por el paciente. Cuando el paciente expresa su problema lo hace ver más objetivamente.

Sin embargo estos efectos son de corta duración, la angustia del paciente se calma un poco, pero los conflictos determinantes de sus tensiones generalmente siguen en él actuando con fuerza hasta que no son totalmente resueltos.

· Cuando la tensión crece nuevamente el paciente se encontrará como antes, en una situación angustiante necesitando nuevamente ayuda mediante el mecanismo de catarsis; a este fenómeno Meninger lo denomina “catalisis de los sentimientos”.

Después durante la situación de entrevista formal debe seleccionarse el vocabulario adecuado con el paciente res-

pecto a su problema, no dejando que la plática sea informal como al principio. Es por eso que la entrevista puede ser libre o dirigida a consideración del entrevistador y dependiendo del tipo de el paciente entrevistado.

Lo más importante es hacerle entender al paciente los aspectos fundamentales de su experiencia y usar discreción con sus comentarios, lo cual facilita una comprensión mejor de sus sentimientos.

Cada entrevista necesita una cantidad especial de actividad por parte del terapeuta incluyéndose: según la clasificación de Wolber: ( <sup>3</sup> )

1.—Presentación de la entrevista.

2.—Manteniendo una conversación o verbalización fluída:

a).—Manipulación de pausas.

b).—Manipulación de silencios.

3.—Dirección de la fluidez de la verbalización principal, lo más selecto de su núcleo problemático:

a).—Identificación del tema importante.

b).—Manejando el tema hacia un canal que vaya encaminado directamente al problema principal.

c).—Circunscribiendo el área de resistencia del sujeto.

4.—Calcular el insight del entrevistado:

a).—Acentuación.

b).—Resumen.

---

(3) Wolber R. Lewis.—THE TECHNIQUE OF PSYCHOTHERAPY.—Editorial Grune and Stralton.—Nueva York, 1954.—Capítulo 15, Páginas 157 y 158.

- c).—Revalorización.
  - d).—Reflexión.
  - e).—Establecimiento de conexiones.
  - f).—Mantenimiento de la tensión durante la entrevista.
  - g).—Extensión de un apoyo adecuado.
  - h).—Dando interpretación al problema.
- 5.—Terminación de la entrevista.

### **Racionalización de la entrevista**

Ontogenéticamente los sentimientos anteriores expresan operaciones simbólicas o verbales desde el nacimiento del niño, las cuales se manifiestan después en sus reacciones automáticas; condicionándolo a actuar de determinada manera.

Con el desarrollo de las condiciones simbólicas del ego las experiencias y sentimientos se van afiliando a las respuestas verbales. El niño, es capaz de identificar sus sentimientos adecuadamente, va desarrollando la habilidad de utilizar sus controles voluntarios de emociones como si hubiera un puente entre sus pensamientos y sentimientos lo cual incrementa su capacidad de inhibición.

En las neurosis existe una condición similar que se origina en la infancia.

La manera de actuar y pensar del paciente, el significado de muchos de los síntomas emocionales y el estado mental del paciente y las pautas de conducta del mismo son muchas veces desconocidas por éste.

Los actos simbólicos expresados están siempre relacionados con la represión del paciente, sus síntomas son el resultado de la confusión del paciente y su actitud com-

pulsiva le impide encontrar palabras o actos adecuados a sus pautas de conducta.

Una de las metas de la entrevista es ayudar a restaurar el control de las emociones del entrevistado. Antes de hacer esto deben entenderse las conexiones simbólicas adecuadas de sus emociones.

La entrevista le ayuda al paciente a ésto y le ofrece la oportunidad de analizar, elaborar e identificar el origen de sus sentimientos y emociones. Es así como su angustia empieza a disminuir y el paciente está más capacitado para controlar las fuerzas emocionales que antes habían actuado en él autónomamente.

### **Lenguaje en la entrevista**

1.—COMUNICACION VERBAL.—Un mismo idioma es básico para la comprensión durante la situación de entrevista, ya que el entrevistador y el entrevistado no se comprenderán igual sino hablan la misma lengua. Puede haber también problema cuando hay una diferencia muy marcada en la educación y nivel cultural y socio-económico. O si el paciente habla algún dialecto local con modismos especiales, es aquí donde la habilidad del entrevistador se pone a prueba.

Porque es el entrevistador quien debe adaptarse a la situación y no el paciente, el cual necesitará una pregunta de vez en cuando de las palabras y significados usados por él, los cuales deberán ser adoptados por el entrevistador.

Es básico explicar al paciente todos los significados de palabras que no entienda, ya que a veces gente preparada no capta los comentarios hechos por el entrevistador aunque éstos hayan sido bien expresados, en este caso su definición y explicación es esencial. Después de haberle explicado el significado de las palabras deberá comprobarse si las en-

tendió o no. Si no entendió deberá explicársele nuevamente y volver a chequearse si esta vez fueron comprendidas.

El entrevistador debe tener cuidado en no impresionar al entrevistado con frases y palabras elaboradas y sofisticadas, deberá usar siempre un lenguaje simple que ayude más a la comunicación durante la situación de entrevista.

2.—COMUNICACION PREVERBAL.—La actitud del paciente nos muestra lo que él no puede o no quiere expresar verbalmente.

Es muy importante tener siempre en cuenta que el paciente también está pendiente de la actitud no verbal del entrevistador (cambio de actitudes, disposición, gestos, etc.).

En la postura no verbal tanto el entrevistador como el entrevistado se están analizando mutuamente durante la realización de la entrevista.

La actitud del entrevistador al expresarse debe corresponder con su actitud no verbal y no permitir que sus propios sentimientos de ese momento afloren, ya que serán inmediatamente percibidos por el paciente entrevistado. Si la actitud del entrevistador no corresponde a lo que dice, el paciente **no tendrá confianza** en él.

Un individuo se proyecta con su capacidad total, uno puede captar muchas de sus ideas inconscientes por medio de su actitud durante la entrevista.

La manera de sentarse, sus actitudes, la manera de hablar, su tono de voz, sus pausas, sus silencios prolongados, sus risas, sus gestos, llanto, etc., pueden ser realmente su manera de actuar o bien puede estar tratando de engañar al entrevistador encubriendo su verdadero problema con estas actitudes.

Estas observaciones deberán ser hechas cautamente por el entrevistador para que el entrevistado no las sospeche y no se sienta “bajo un microscopio”.

Por medio de las actitudes de el entrevistado, podremos observar la tensión y la angustia.

Si el sujeto nos mira de una manera “inocente” podremos deducir o bien una falta de atención o bien de incomprensión de lo que se dice, esto nos estará indicando “defensa”, por parte del entrevistado.

El enojo, la tensión, o bien la alegría, y el entusiasmo exagerado deberán considerarse como manifestaciones anormales.

El entrevistador deberá vigilar constantemente su propia actitud para ver si no hay aburrimiento o distracción de su parte. Su expresión facial debe ser calmada no deberá asustarse por nada que diga el entrevistado.

El entrevistador de vez en cuando deberá acercarse al paciente con alguna pregunta adecuada al tema que se está tratando para que éste vea que el entrevistador sigue con atención su relato, el entrevistador deberá saber cuando y donde interrumpir al entrevistado con alguna pregunta o respuesta adecuada.

Debe mostrársele comprensión al entrevistado con la actitud y los movimientos del entrevistador, los cuales deberán usarse de vez en cuando y a criterio de éste. La sonrisa se usa como aceptación de lo que el paciente dice.

Es también labor del entrevistador cuidar su conducta ya que el entrevistado la tomará muy en cuenta. Por lo tanto es muy importante que el entrevistador eduque y practique tanto sus actitudes como su voz lo cual conseguirá con práctica y estudio, obteniendo como resultado un mejoramiento de calidad en sus entrevistas.

Un ejemplo de actitud preverbal puede encontrarse en el caso de la esquizofrénica homosexual que durante la situación de entrevista mostró con sus actitudes e intentos de seducción al levantarse el vestido mientras yo tomaba sus datos y su tono de voz, sus facies, su apatía hacia lo que relataba y el beso que me dió al finalizar la entrevista.

Todos estos datos obtenidos por la comunicación preverbal de la paciente nos llevaron a concluir que existía en ella un núcleo homosexual.

### **Primera entrevista**

En esta entrevista el entrevistador deberá explicar al paciente de una manera perfectamente clara el motivo de la misma y tratará de obtener la confianza del entrevistado.

Es en esta entrevista precisamente, donde el entrevistador deberá ser más activo que en las posteriores, donde el entrevistado reconocerá ya su propia responsabilidad y necesidad de ayuda.

Cuando un sujeto entrevistado entra al consultorio o cubículo, el entrevistador deberá saludarlo con una sonrisa, presentarse por su nombre e invitarlo a que se siente, deberá ser cortés con él y brevemente introducir el motivo general de esta entrevista.

Esta actitud del entrevistador deberá ser espontánea.

Un paciente que viene con recomendación ya sea de cuando entra deberá decir el entrevistador que ya sabe quien lo remite y el porqué.

La conducta de la primera entrevista es fundamental, ya que en ella las defensas del entrevistado estarán más bajas que en entrevistas subsecuentes, es por este motivo que el entrevistador deberá tratar de obtener la mayor cantidad de material y datos posibles, ya que quizá este material no vuelva a surgir en meses o quizá en años de terapia.

Es por ésto que las variaciones de acercamiento con el paciente deberán ser cuidadosamente manejadas, pues dependerá única y exclusivamente de esta primera entrevista el establecimiento de rapport y transferencia positiva en la relación interpersonal médico-paciente, o bien entrevistado-entrevistador.

Al referirse Meninger a este punto dice ( 1 )

“El acercamiento hacia el paciente psiquiátrico.—En su consulta diaria un psiquiatra tomará muy en cuenta el acercamiento que tenga hacia el paciente, sin embargo lo más importante es conocer el acercamiento que el paciente tiene para con el médico. El paciente llega a consulta por encontrarse enfermo, con un dolor, por una invalidez o algún miedo hacia estos estados, muchas personas no presentan ninguno de estos síntomas y sin embargo recurren al médico por sentirse infelices, solos, miserables o desesperados, es entonces que hay una necesidad de ayuda.

El paciente que llega a consulta pretende ser ayudado por el médico, pretende poner fin a su sufrimiento, en realidad no viene para un examen ni para un chequeo, no viene para un diagnóstico ni para una hospitalización; ellos se someten a estas condiciones necesarias impuestas por el médico para lograr la ayuda buscada, el objeto final de la búsqueda del médico es lograr una ayuda para el paciente”.

### **Entrevistas subsecuentes**

Las siguientes entrevistas pueden ser más breves en lo que se refiere a saludo, presentación, etc., se dejará que el paciente hable de su problema.

Si el paciente divaga en elaboraciones que no tienen relación con el tema central de su problema, se perderá tiem-

---

(1) Meninger Karl.—A PSYCHIATRY CASE STUDY.—1962.

po y, además, al entrevistador se le hará cada vez más difícil conducir hacia la verbalización y elaboración de su problema; las interrupciones innecesarias del entrevistador servirán de defensa al entrevistado para evadirse de su tema principal.

Si el entrevistado entra y se sienta y permanece en silencio, el entrevistador deberá esperar un momento ya que seguramente el entrevistado estará tratando de organizar sus ideas. Si este silencio se prolonga demasiado, indica resistencia; y en este caso, el entrevistador no deberá hablar hasta que el entrevistado solo "rompa la resistencia".

Si el silencio se prolonga, éste puede romperlo con una frase breve que le dé apoyo y confianza al sujeto entrevistado.

### **Cuando un paciente es muy defensivo cómo debe manejarse la fluidez de la verbalización**

Es muy importante darle confianza al entrevistado y expresárselo verbalmente durante la entrevista; otra manera de darle confianza es escuchar atentamente a todo lo que diga.

Las preguntas deberán ser seleccionadas en cada caso; solamente deberá interrumpir al entrevistado cuando éste se salga de su tema. Si la entrevista está cumpliendo su cometido no deberá el entrevistador salirse de la conversación del entrevistado. Si el sujeto entrevistado no puede expresarse, es problema del entrevistador medir qué cantidad de apoyo necesita cada paciente.

### **Manejo de las pausas**

Las pausas que haga el sujeto nunca deben ser interrumpidas, porque, como ya se dijo, el paciente por lo general estará tratando de organizar sus ideas.

a).—Preguntar con inflexión repitiendo las últimas palabras dichas por el entrevistado ayudándolo así a continuar con su problema.

b).—Darle apoyo para que continúe hablando sobre el tema que le cuesta más trabajo.

c).—El entrevistador resumirá de una manera breve y clara lo que ha dicho para demostrarle así que ha entendido, inspirándole confianza para que pueda continuar solo hasta encontrar su respuesta.

d).—Deberá siempre preguntarse sobre el material en discusión para estimular asociaciones.

### **Manejo de silencios**

Los silencios largos son malos y raros en una buena entrevista. Donde persiste el silencio es generalmente signo de resistencia; puede reflejar el miedo del entrevistado, de mostrarse íntimamente, su angustia, el material reprimido que por lo general es muy conflictivo y casi siempre apena al paciente entrevistado.

Un silencio muy prolongado puede ser ejemplo de un acto masoquista o bien hostilidad hacia el entrevistador.

Si a pesar de todos los intentos del entrevistador de romper el silencio, éste persiste, Wolberg nos da unos puntos claves fundamentales para romperlo, que todo entrevistador deberá conocer:

a).—“Mmmh, mmmh, entiendo” (ver y esperar un momento hasta que el paciente continúe).

b).—Repetir y dar énfasis a la última o últimas palabras del paciente.

c).—Repetir y dar énfasis a la última oración del entrevistado o repetirla como pregunta.

d).—Si aún así no se obtiene éxito, pueden resumirse o reinterpretarse los últimos pensamientos del paciente.

e).—Podrá decirse ¡oh! con énfasis de pregunta para dejar que el paciente continúe.

f).—Si el paciente no habla debe decirsele: esto es para usted muy difícil, le cuesta trabajo hablar de ello.

g).—Ayudarle al paciente a ver cuál es su núcleo conflictivo. Si aún así no responde, puede decirsele ¿quisiera saber porqué se quedó usted callado?

h).—Puede seguirsele diciendo firmemente: aquí existen razones importantes por las cuales usted no quiere hablar.

i).—Después el entrevistador podrá decirle: ¿A lo mejor usted no sabe qué decir?

j).—¿Usted está pensando en lo que va a decirme después?

k).—Si el silencio continúa podrá preguntársele: ¿Está usted molesto?

l).—Si todavía no responde deberá hacerse un ataque directo a la resistencia ¿Usted tiene miedo de decir lo que está pensando?

m).—¿Quizá usted tiene miedo de mi reacción, si me dice lo que piensa?

n).—Finalmente, si el silencio continúa el entrevistador puede decirle: ¿Quisiera saber si está usted pensando en mí?

En casos extremos de silencio el entrevistador deberá respetarlo y bajo ninguna circunstancia mostrará enojo con el paciente entrevistado, criticándolo o rechazándolo.”

## DIRECCION DE LA FLUIDEZ DE LAS VERBALIZACIONES

### **Comó debe dirigirse la fluidez de las verbalizaciones**

Cuando se ha llegado a la conclusión de que el paciente necesita psicoanálisis, la fluidez verbal no puede diri-

girirse de una manera formal. El paciente puede decir lo que viene a su mente sin concentrarse en algo especial.

La comunicación deberá ser de manera espontánea ya que por medio de la verbalización, ayudaremos al paciente a evitar bloqueos, inhibiciones, liberándose así los contenidos del inconsciente, a este proceso se le denomina "asociación libre" el cual ayuda a lograr regresión y transferencia en el paciente neurótico, consiguiéndose de esta manera que se dé cuenta de su "insight" para poder empezar a resolver los conflictos más importantes de su inconsciente.

No deberá usarse el proceso de asociación libre en terapias reeducativas y de soporte o apoyo.

Esto es porque el médico no tiene interés fundamental en el contenido del inconsciente para el manejo del problema en este tipo de tratamientos.

### COMO CONDUCIR LA ATENCION AL NUCLEO CONFLICTIVO Y COMO SELECCIONARLO

Generalmente este procedimiento consiste en la identificación del tema importante y guiarlo a un canal con fines positivos en el resultado del conflicto. Estando siempre seguro de que el problema del paciente está siendo extensamente bien discutido.

#### 1.—Cómo identificar el tema importante.

Si el entrevistador ha seguido las indicaciones para conducir la entrevista de recepción (no interrumpir el pensamiento del paciente de manera innecesaria, respetando sus pausas y silencios, etc.), el entrevistador se dará cuenta de las preocupaciones más importantes del entrevistado. Aunque el entrevistador piense que los puntos tocados por el entrevistado no son importantes, deberá escucharlo con atención sin interrumpirlo, salvo en casos que considere imprescindible hacerlo, ya que los temas que el paciente ex-

ponen pueden no ser de interés para el entrevistador, pero sustituirlos constituye un error fatal en la entrevista.

El entrevistador trata de inducir al entrevistado en temas que para él emocionalmente no son de importancia, el material que se obtendrá no tendrá valor suficiente para un diagnóstico positivo.

Si el entrevistador discute material que no importe al entrevistado, el entrevistador no obtendrá ningún resultado de la entrevista.

Es por eso que el entrevistador debe ser muy sensible a las emociones corrientes y no distraer al entrevistado con temas fuera de su estado de ánimo o del tópico que él quiere discutir.

Sin embargo, es a veces difícil obtener un contenido importante del tema que trata el paciente. Este contenido debe buscarse entre las verbalizaciones del entrevistado y es responsabilidad del entrevistador hallar lo más significativo, importante y seleccionarlo de manera adecuada (el entrevistador deberá extraer el tema importante con preguntas determinadas según su criterio e intuición).

Si el entrevistador interrumpe demasiado rápido al entrevistado nunca llegará a nada ni estará seguro de poder preguntar sobre el verdadero problema. La pregunta nunca será hecha en términos generales, sino que deberá incluir varios puntos pero enfocada al tema más importante.

Debe saberse exactamente cuando hacer la pregunta al entrevistado para no confundirlo y evitar resistencia y evasiones por parte de éste.

Si el entrevistado tiene dificultad de expresarse deberá dársele ayuda, pero nunca la contestación. Tampoco deberá preguntársele con insinuación, ni de manera negativa, ya que el entrevistado a estas preguntas no responderá correctamente.

La manera de centrar los problemas, como ya se ha dicho, es responsabilidad del entrevistador, lo cual deberá comprenderlo él por sí mismo, estableciéndose así una relación interpersonal sujeto-entrevistador fundada en dos principios básicos en toda situación positiva de entrevista; comunicación-respeto.

Cuando se hace una pregunta directa el entrevistado puede reaccionar de manera positiva o negativa y es aquí, precisamente donde el entrevistador tiene la oportunidad de saber y estudiar lo que realmente preocupa al entrevistado.

Si el entrevistador es una persona intuitiva y bien entrenada, es regla que podrá encontrar la verdad del problema del entrevistado si la entrevista se realiza cuidadosamente.

Aun siguiendo este procedimiento, el entrevistado puede oponer resistencia (violencia, enojo, justificación, angustia, etc.); es entonces misión del entrevistador intentar llegar al problema por otro lado; según la reacción del entrevistado el entrevistador medirá sus preguntas usando exclusivamente su intuición y conocimiento sobre el trato con distintos tipos de entrevistados.

La mayor experiencia que se tenga en entrevistar proporcionará mayores éxitos al seleccionar los tópicos principales y la manera de conducir al paciente durante la situación de la entrevista.

La manera de elegir el tema más importante es muy difícil, ya que el entrevistado habla siempre en tres niveles psicológicos. Por lo que es indispensable un conocimiento y entrenamiento concienzudo del entrevistador.

## LOS TRES NIVELES PSICOLOGICOS

1.—Exageraciones o distorsiones de su medio ambiente.

2.—Manifestación de sus ambiciones características y aparentes.

3.—Derivación de los impulsos inconscientes.

### EXPLICACION DE LOS PUNTOS ANTERIORES

1.—Las dificultades existentes en el medio ambiente son causantes de preocupaciones, influyendo al hombre de manera negativa. Es misión del entrevistador durante la entrevista, discutir los problemas más significativos para el enfermo haciéndole ver a éste, de qué manera influyen en él reprimiéndolo e impidiéndole gratificar sus necesidades, la satisfacción de sus impulsos los cuales podrán ser constructivos o destructivos, esto dependerá desde luego de la capacidad del sujeto para afrontar y manejar, no solamente su habilidad sino su propia conflictiva inconsciencia.

Durante la primera situación de entrevista el enfermo hablará del conflicto, o conflictos más importantes para él, de qué manera estos han influido en sus relaciones interpersonales y antes que nada en él mismo.

2.—Lo que realmente el entrevistado desea lo muestra en lo que él dice y hace. Esto puede notarse en la manera de hablar, actuar, en sus tendencias hacia figuras de autoridad, hacia sus subordinados y, lo que es más importante, hacia él mismo.

Todo esto muestra al entrevistador facetas de conducta que pueden ser de independencia, agresión, perfeccionismo, masoquismo, sadismo, ambición compulsiva, etc.,

Todas ellas pueden estar latentes en el entrevistado y verse en su comportamiento, el que deberá ser minuciosamente analizado por el entrevistador.

3.—El entrevistador deberá percibir de qué manera el entrevistado verbaliza sus circunstancias ambientales.

Los conflictos y traumas originados durante la infancia, estarán relacionados con los actuales temores, senti-

mientos de culpa, el concepto que tenga de sí mismo el entrevistado. Estos conflictos profundos muestran varias etapas de desarrollo, en relación con el sujeto, conformando un determinado tipo de personalidad.

Muchos mecanismos de defensa esconden impulsos de la infancia que todavía no han sido resueltos, impidiéndose de esta manera, la maduración. De las represiones derivarán exageradas manifestaciones de conflictos que el paciente expresa y tolera solamente de manera simbólica.

La forma de actuar del sujeto entrevistado esconde el verdadero conflicto que está manifestándose con mecanismos de defensa, los cuales variarán con la personalidad del sujeto.

Mientras el enfermo se expresa, o intenta expresarse, es misión del entrevistador encontrar los niveles psicológicos de funcionamiento dilucidando de esta manera el conflicto para poder mostrárselo, explicárselo y tratar de lograr que lo comprenda, ya que al elaborarlo en la conciencia empezará a resolverlo.

1.—Circunstancias provocativas del medio ambiente.

2.—Exageraciones caracterológicas y actitudes predominantes.

3.—Conflictos profundos y escondidos que tienen origen en su pasado remoto.

#### COMO GUIAR EL TEMA DE MANERA DIRECTA PARA LOGRAR LA RESOLUCION DEL PROBLEMA

Lo más importante de la entrevista es llegar al tema central o núcleo conflictivo del sujeto entrevistado. Este objetivo se verá constantemente obstaculizado por el propio entrevistado quien generalmente tratará de evitarlo. Entonces se le dejará que hable de sus cosas, pero sutilmente deberá llevarse por un canal adecuado hacia el tópico principal de una manera casi imperceptible para el entrevistado.



Cuando el sujeto entrevistado se resiste a hablar de un tema, deberá hacerse una pregunta sobre el mismo, pero fuera de su conflicto. Esto se hace cuando la entrevista se está iniciando.

Los motivos que se persigan durante la situación de la entrevista deberán corresponder al tipo de terapia que piense utilizarse.

En la terapia de soporte o de apoyo el motivo último puede ser la averiguación de una situación molesta. El terapeuta debe aquí organizar su entrevista siguiendo estos cuatro puntos:

1.—Deberá establecer una relación útil con el paciente.

2.—Deberá lograr una comprensión de los factores ambientales que provocan la tensión.

3.—Evaluar el plan para el tratamiento, y la ejecución del mismo cuando se hayan valorizado las potencialidades del paciente.

#### POSIBILIDADES PARA CENTRAR UN TOPICO IMPORTANTE

1.—Exploración de sentimientos y carácter del entrevistado. Una pregunta adecuada puede confirmar la respuesta a una sola área y abrir sus verdaderas actitudes rebeldes. Una pregunta puede guiarnos también a diversas áreas del problema.

2.—Exploración de actitudes fuera del hogar; distracciones, posibilidades y capacidades en el trabajo. Aquí puede preguntársele al entrevistado el grado de atención y significado de sus ambiciones.

3.—Exploración de sentimientos hacia un miembro de la sociedad que le produzca conflicto. Esto puede ayudarle a verbalizar sus sentimientos y actitudes.

4.—Exploración del conflicto del paciente. Debe preguntársele qué siente en ese preciso momento frente al entrevistador; esto lo ayudará a poner mayor énfasis y atención a su problema.

5.—Exploración de sus reacciones o sentimientos hacia el entrevistador y, en caso de encontrarse el paciente en tratamiento, se investigarán en este punto sus reacciones y sentimientos hacia la terapia.

De sus verbalizaciones no solamente se notará el contenido sino también sus inflexiones, entonaciones, silencios, bloqueos y otras evidencias de emoción.

Escuchando atentamente lo que el paciente dice y poniéndolo siempre al principio en entredicho hasta que el entrevistador pueda comprobar con datos y actitudes posteriores la veracidad del hecho y de lo dicho por el paciente.

El entrevistador debe concentrarse, ya que ciertas verbalizaciones ocurren de manera imperceptible para el entrevistador, escondiendo sentimientos y conflictos por el paciente entrevistado. Es por este motivo que el entrevistador deberá poner atención exagerada para poder darse cuenta del significado del contenido en la verbalización y actitudes del sujeto entrevistado.

Debe tener sensibilidad para captar la afluencia del pensamiento y actitudes, lo cual se logra únicamente con experiencia.

Hay varias maneras de ayudarle al entrevistado a obtener insight, acentuando, revisando, corrigiendo, reflexionando, estableciendo conexiones, manteniendo la atención, extendiendo apoyo y haciendo interpretaciones del problema del paciente.

1.—Acentuación del tema.—Cuando un tópico es importante deberán hacerse preguntas acerca de él, tratando de volver siempre sobre el mismo tema, atrayendo la atención del entrevistado y hacerle pensar de manera concen-

trada en él, lo cual le hará darse cuenta de su problema real. Esto le ofrece la oportunidad de explorar el porqué y el origen de su conflicto. La acentuación se usa ayudándole al paciente a aceptar ciertos hechos de su situación actual.

Wolberg en su libro *The Technique of Psychotherapy* nos explica el porqué pueden perderse verbalizaciones importantes en la situación de entrevista:

- (<sup>1</sup>) "a).—Falta de incentivo de mostrar datos verdaderos.
- b).—Miedo consciente de revelación.
- c).—Miedo inconsciente de las implicaciones actuales.
- d).—Confusión de las cosas más importantes.
- e).—Ignorancia completa de datos significativos por represión".

Las preguntas directas ayudan al paciente a romper sus resistencias.

La repetición sirve para analizar la validez de los comentarios del entrevistado y ayuda a obtener información sobre tópicos específicos.

2.—Revisión.—Cuando se pierden las relaciones con el tema deberá hacerse una revisión rápida, la que es útil para recopilar el material que no está coordinado. También es una táctica preliminar la de la pregunta directa con intención de enfocar el tema principal.

3.—Sustitución.—El entrevistador deberá sustituir cuando lo juzgue conveniente comentarios del paciente, lo cual ayuda a obtener aspectos relativos a la materia que ha escapado a la atención del paciente. Esto ayuda también a verbalizar más fluidamente al entrevistado su problema.

---

(1) Wolberg R. Lewos.—*THE TECHNIQUE OF PSYCHOTHERAPY*.—Editorial Grune and Stratton.—Nueva Yor. 1954.—Capítulo 15, página 176.

Las formulaciones repetitivas que se usan en sustitución dan énfasis a los temas importantes en la mente del paciente y le ayudan a reexpresar sus problemas en términos más claros.

4.—Reflexión.—Debe tenerse una gran percepción de todo lo que diga el entrevistado, para poder explicarle sus comentarios claramente, lo que lo hará aceptarlos sin hacerle sufrir demasiada angustia.

Esto ayuda a explorar más profundamente sus emociones o conflictos sobre el problema.

5.—Establecimiento de conexiones.—Existiendo represión las conexiones más obvias entre sentimientos y conflictos interiores del paciente no son notadas por éste, el cual también tendrá problemas al asociar las ocurrencias diarias con tensión y angustia; es aquí precisamente cuando el paciente necesita la ayuda del entrevistador para lograr establecer las relaciones entre las conexiones y las ocurrencias.

6.—Mantenimiento de tensión durante la situación de entrevista.—El mantenimiento de cierta tensión en la entrevista es esencial para que el paciente piense y obtenga resultados positivos.

La tensión actúa como una fuerza, es un incentivo para el entrevistado, es un cambio que activa en él un proceso de participación activa que podrá ser utilizado posteriormente en caso que el sujeto entrevistado necesite terapia.

Por el contrario si en la situación de entrevista no hay tensión, ésto reducirá la actividad del entrevistado.

Wolberg nos indica varias maneras de poder crear tensión durante la situación de entrevista:

“1.—Enfocando tópicos provocativos, preguntando cosas dolorosas para el paciente.

2.—Dándole al paciente interpretaciones de sus actitudes inadecuadas y utilizando estratégicamente el silencio.

3.—Manteniendo el silencio se inicia en el paciente un estado de inquietud y desconfort, decayendo en tensión lo cual puede promover una exploración espontánea de sus sentimientos. Desgraciadamente el entrevistado puede reaccionar de manera contraria al silencio, interpretándolo como evidencia de rechazo u hostilidad por parte del entrevistador.

Por esa razón el silencio se usará discretamente y no de manera frecuente, utilizando los otros medios indicados para hacer crecer la tensión. Cuando se crea tensión en la entrevista nunca debe permitirse llegar a un grado muy elevado donde el paciente no pueda soportarlo produciéndose reacciones destructivas provocando una fuerte resistencia a la terapia, anulando al paciente por completo. En caso de que esto ocurra el terapeuta deberá apoyar y aliviar el estado de tensión". ( 1 )

7.—APOYO.—Se ofrece al paciente cuando el ego corre peligro de colapsarse. Este apoyo que se dará le ayudará a retener el insight conseguido y evitar que el ego utilice represión y defensas elaboradas para guardar su integridad.

Si el entrevistador amenaza el ego con demasiada angustia éste se protegerá repudiando el insight que debe integrarlo.

Varios de los medios para dar apoyo en el momento adecuado son:

1.—Reasegurándolo evitando los tópicos conflictivos y las guías directas hacia el problema.

---

( 1 ) Wolberg R. Lewos.—THE TECHNIQUE OF PSYCHOTHERAPY.—Editorial Grune and Stratton.—Nueva York. 1954.—Capítulo 15, página 178.

2.—Estas técnicas deberán emplearse discretamente y cuando sea indispensable, principalmente en terapia re-constructiva.

8.—Interpretaciones.—Hacer interpretaciones es un paso muy importante para el insight, lo cual constituye un ataque directo a los bloqueos del paciente y le ayuda a dirigirse a aquello que le provoca angustia; la angustia es siempre el origen de los problemas psicopatológicos.

Las defensas contra la angustia destruyen la oportunidad y la capacidad del paciente causándole reacciones inapropiadas.

Las interpretaciones dirigidas le enseñan al entrevistado cómo está reaccionando frente a sus emociones y las defensas que está utilizando para evitarlas. Las interpretaciones reducen resistencias, las cuales constantemente se entremezclan con las capacidades del paciente.

La interpretación de los bloqueos es muy importante para que resuelva su problema. Este punto es el más importante de lograr y de resolver durante la situación de entrevista.

Aunque la interpretación es un medio importante, tiene también peligros como son confrontar al paciente con sus problemas lo que inevitablemente le producirá angustia, ansiedad, hostilidad, enojo, etc.

Es muy importante tener en cuenta que deberá interpretarse al paciente solamente el material consciente. El entrevistador ayudará al entrevistado dándole ideas simples para que él responda arreglando el material en una secuencia lógica, esto se conseguirá preguntándole cosas muy directas referentes a su problema. El entrevistador asegura al entrevistado en su posición, si la proyección de éste es inaceptable para que no se sienta rechazado o amenazado.

El paciente que interpreta solo su problema facilita mucho su progreso. De vez en cuando, sin embargo, es nece-

sario interpretarle directamente sobre todo cuando su resistencia le prohíbe hacer sus propias interpretaciones.

Es muy importante la clase de relación que se haya logrado establecer con el paciente y la manera de expresar las interpretaciones. Si la relación es buena y las interpretaciones se hacen sin juzgar, el beneficio será bueno. Las interpretaciones se le darán siempre al paciente, con la oportunidad de rechazarlas, ya que si se le insiste a aceptarlas plenamente puede provocarse resistencia, además, de ser una táctica inadecuada.

Deberán expresarse las interpretaciones sin autoridad por parte del entrevistador, es decir, sin tratar de imponérselo.

Cuando el entrevistador cree que debe interpretar y es rechazado, puede preguntar al paciente ¿A lo mejor esto no le parece bien, piénselo quizá después le parezca a usted más claro?

Si el paciente trata de forzar al entrevistador en sus interpretaciones, éste no se dejará influir y le hará ver sus propias impresiones explicándole que pruebe si él es o no la persona adecuada para la ayuda e interpretación de su problema. Tarde o temprano el paciente aceptará las interpretaciones si éstas han sido correctamente hechas.

Se puede interpretar con relación a cualquier aspecto consciente o inconsciente de la actitud psíquica o física actual. Es muy importante también interpretar la resistencia y el material reprimido.

El material de interpretación no debe estar dirigido si el paciente no tiene conciencia de él. Las interpretaciones deberán repetirse mucho para que sean efectivas.

La primera interpretación, por lo general, siempre es resistida por el paciente de una manera violenta. Si el paciente reacciona así es probable que la interpretación esté equivocada y en este caso deberá discutirse más sobre ella.

## TERMINACION DE LA ENTREVISTA

La terminación apropiada de una entrevista es muy importante; hay muchos entrevistadores que tienen miedo de ofender al entrevistado y no saben utilizar bien esta fase final de la situación de entrevista.

Esto es muy importante, ya que si el entrevistador por no saber interrumpir sus entrevistas utiliza el tiempo del próximo paciente, complica su propio horario creando resentimiento en los próximos entrevistados.

No tiene importancia que la terminación de la entrevista sea informal, siempre y cuando sepa cómo y en qué momento preciso debe terminarla.

Una buena táctica es dejar cinco minutos entre cada paciente, para tener capacidad de extender este tiempo al paciente que emocionalmente lo necesite. La única excepción con horario rígido de entrevista, debe hacerse con los pacientes esquizofrénicos a los cuales si es necesario deberá concedérseles quince minutos más. Esto se hace para evitar algún problema mayor con este tipo de pacientes, afectándolo si se le corta alguna confianza emocionalmente importante que haya suscitado en él una crisis de llanto o bien de agresión o enojo; situaciones en las cuales no podrá terminarse la entrevista sin que el paciente se haya tranquilizado por completo.

Para finalizar la entrevista, puede hacerse una pausa diciéndole al entrevistado "nos vemos la siguiente semana, mes, dándole la fecha próxima de su visita".

El paciente se acostumbra a este tipo de despedida y responderá, automáticamente a esta interrupción después que el entrevistador la haya utilizado varias veces.

En caso de que el paciente discuta un tópico importante en el momento de finalizar la entrevista, el entrevistador puede decirle "este tema que es tan importante para usted, lo discutiremos la próxima vez con más tiempo,

mientras tanto piénselo y organice sus ideas". De esta manera el entrevistado no pensará que se le está cortando bruscamente. Sin embargo, si insiste en hablar después de la interrupción el entrevistador deberá excusarse cortésmente, no olvidando que debe mostrarle interés sobre su tema pero que prefiere discutirlo la próxima vez con más tiempo.

Es muy importante que el entrevistador se muestre cortés e interesado desde la llegada hasta la salida del entrevistado y no deberá hacer nada de tipo personal hasta que el paciente haya salido (llamadas telefónicas, comer).

Puede suceder que cuando el paciente se despide se quede hablando en la puerta con el entrevistador, en este caso, debe decirsele "piénselo y hablaremos de ello en la próxima vez". O bien el paciente pregunta algo importante que llevaría demasiado tiempo al entrevistador responder, en este caso, puede decirle "es buena su pregunta, la pensaré, hágalo usted también y la discutiremos la próxima vez".

#### PROBLEMAS ESPECIALES QUE PUEDEN PRESENTARSE EN LA SITUACION DE ENTREVISTA

1.—El paciente repite un nombre o un hecho que el entrevistador no recuerde en ese momento, entonces debe decirle: "no me acuerdo claramente de este hecho, quisiera usted por favor repetírmelo".

2.—Si el paciente pregunta una cosa muy personal, el entrevistador debe buscar porqué fue hecha esa pregunta. ¿Usted tiene curiosidad en mí?

Es importante decirle la verdad al entrevistado, después que se conoce su intención.

3.—Si el entrevistado se queja de sí mismo o se devalúa, el entrevistador nunca se pondrá de su parte, por el contrario, le preguntará porqué piensa él que es así.

4.—Si el entrevistado insiste en hablar de temas complicados, evitando así mencionar su problema, el entrevistador dirá: “esto desde luego es muy importante, pero qué efecto cree que tiene ésto para usted”.

5.—Si el entrevistador está inquieto y lo demuestra con movimientos, éstos serán interpretados por el entrevistado como falta de interés. Si es percibida esta inquietud, el entrevistador puede preguntarle ¿Qué cree que significa? y si hace el comentario a la pregunta que se le hizo, el entrevistador puede decirle que no es falta de interés y dándole una disculpa tomando esto como un aviso para corregir de inmediato su actitud.

El entrevistador evitará dar sugerencias para no entorpecer la finalidad de la entrevista, tampoco deberá hablar de cosas personales, ambiciones, problemas, o criticar al entrevistado en sus reacciones o actitudes.

## EL CLIMA O AMBIENTE INTERPERSONAL DE LA ENTREVISTA

Se logrará poco progreso si no existe una buena relación entre entrevistador y entrevistado. Un ambiente adecuado se da cuando el entrevistador tiene efectividad, empatía, intuición y preparación.

El entrevistador deberá aceptar al entrevistado sin criticarle de manera moralista o punitiva. Deberá mostrarle respeto sincero para lograr un crecimiento de las potencialidades del entrevistado.

Si uno muestra tolerancia y aceptación el entrevistado comprenderá que se está tratando de ayudarlo, no de juzgarlo. Una aceptación empática le ayuda a explorar al entrevistado sus propios sentimientos y su medio ambiente, verbalizando material difícil que antes no había aceptado por él mismo.

Observaciones pertinentes por parte del entrevistador, sin emociones, sin crítica, sin susto, cortan profundamente las defensas del entrevistado y éste mostrará sus conflictos más dolorosos y molestos. A este respecto Wolberg sigue unas reglas que deben ponerse en práctica para lograr un éxito en la entrevista:

( 1 ) “1.—Tratar de ponerse en la situación del entrevistado es muy importante para ver las cosas desde su punto de vista. Es obvio que ésto será distinto, pero es importante aproximarse lo más que se pueda a la situación del entrevistado considerando su experiencia y su pasado.

2.—El entrevistador deberá reconocer la imposibilidad de comprensión del problema del paciente desde un punto de vista realista, ya que para él parecerá fútil y destructivo. Es necesario saber que pocos meses de terapia, no cambiarán completamente pautas de conducta muy arraigadas, con un origen viejo y doloroso.

Reconocer y aceptar que los prejuicios del entrevistador influyen hacia el reconocimiento del problema del entrevistado es muy importante, por esta razón que “el entrevistador reconozca su propia manera de pensar, controlándola para no juzgar ni bueno ni malo al paciente”.

3.—Una reacción del entrevistado hacia el entrevistador de hostilidad o amabilidad no tienen realmente nada que ver con su verdadera personalidad. Esta es una actuación propia ya de su pasado y realmente no va dirigida al psicoterapeuta.

4.—También pueden ser sentimientos dramatizados hacia autoridades idealizadas; por lo cual no debe responderse de mala manera hacia lo que el paciente muestre como si fueran ofensas personales.

---

(1) Wolberg R. Lewis.—THE TECHNIQUE OF PSYCHOTHERAPY.—Editorial Grune and Stratton.—Nueva York. 1954.—Capítulo 15, páginas 184 y 185.

5.—Las reacciones del terapeuta hacia el paciente, también pueden ser proyección de su propio pasado.

Es esencial examinar sus reacciones hacia el paciente como enojo, interés exagerado, atracción sexual, aburrimiento, etc.

Estas reacciones deben controlarse y analizarse en su origen y significado.

Aunque el entrevistador reconozca sus debilidades, su manera de pensar aun así, puede ser muy difícil controlarla, pero su reconocimiento ayudará a juzgar al paciente y a bloquearle sus derechos de una manera adecuada sin intervenir en la libre determinación de éste ni dejando que los sentimientos personales del terapeuta dominen al paciente.

El entrevistador debe ser tolerante y flexible, nunca debe ser impositivo. Aunque el entrevistador quiera ser muy pasivo o directo deberá mantener siempre su papel de autoridad en la relación entrevistado-entrevistador.

La manera de aplicar su autoridad determinará los resultados del tratamiento. Si la autoridad es muy intolerante o punitiva, el entrevistador sólo provocará reacciones hacia la autoridad (conflictos hacia las figuras autoritarias).

El paciente responderá en este caso de una manera defensiva y hostil o bien aceptará la situación con resentimiento faltando entonces la construcción necesaria del crecimiento adecuado de la relación interpersonal. Si la autoridad es arbitraria, la reacción del paciente será también negativa. En cambio, si el paciente siente una autoridad racional, tendrá oportunidad de conocer, corregir sus sentimientos y readaptarlos hacia el entrevistador (que está representando a la autoridad). Ganándose así un concepto nuevo del paciente en la madurez de su personalidad.

El entrevistador tiene que cuidarse de dominar la situación de entrevista permitiendo que el entrevistado

hable hasta con tendencias de vagar sobre distintos temas. Nunca debe insistir en un tópico exclusivamente, ni ponerlo en ridículo, reírse de él o minusvalorarlo. No deberá argüir con el paciente ya que los problemas no conducirán a los resultados deseados.

Es contraindicado disentir con el paciente sobre su religión y política. El entrevistador deberá respetar los derechos del entrevistado a tener sus propias ideas y convicciones aunque éstas sean neuróticas.

Habrán veces en que el entrevistador deberá ser firme, por ejemplo, cuando el paciente está neuróticamente dispuesto a lastimarse. "Hay veces que la tolerancia de Job se necesitará aun cuando el paciente se esté equivocando innecesariamente".

6.—Hay una necesidad de fé en la bondad básica de los seres humanos, en las potencialidades que poseen todos para el crecimiento y madurez de su personalidad. El entrevistador debe considerar las reacciones de disturbio simplemente como síntomas de enfermedad y debe respetar la integridad esencial del paciente, a pesar de las anomalías que demuestre".

Cuando Meninger se refiere al trato que debe dársele al paciente de tipo psiquiátrico nos dice que el paciente que se encuentra ante el entrevistador considera a éste como un científico preparado y espera que éste logre un cambio que lo afecte, dicho cambio puede ser en tres direcciones:

- ( 1 ) "1.—Agregando o dándole algo.
- 2.—Quitándole algo.
- 3.—Haciéndole algo".

---

(1) Meninger Karl.—A PSYCHIATRY CASE STUDY.—1962.

“Como cambio al servicio que se le ofrece al paciente; éste dar, quitar, y alterar las funciones de este paciente, que le producen pánico, desesperación o muerte, el paciente le da al médico una paga económica y además algo muy importante dentro del pensamiento de tipo médico-filosófico, es el dar: obediencia, respeto y gratitud, pero además, le da algo muy importante, el consentimiento para ser examinado”.

En la entrevista como se ha visto el entrevistador es el técnico. Por lo tanto, a él le corresponde “conducir” el desarrollo de aquélla del modo que mejor sirva para la comunicación. No hay que olvidar nunca, que en la técnica de comunicación que la entrevista implica, la confianza del entrevistado para el entrevistador, es absolutamente necesaria. Hay que alentar al entrevistado, darle una senda lógica para contestar a las preguntas que se le formulen; no hay que inducirlo a la respuesta, pero al repetir las preguntas presentadas en diversas formas para llevarlo hasta el convencimiento de que, en algunas de las primeras preguntas que se le formularon, pudo haberse equivocado y que por él mismo, espontáneamente haga las rectificaciones necesarias.

Hay otro obstáculo, muy difícil de salvar, que se presenta con frecuencia en las relaciones de persona a persona, como son las deficiencias culturales del entrevistado, para con el entrevistador.

Si la entrevista se lleva a cabo entre personas del mismo nivel cultural, no existirán lagunas de comprensión entre el entrevistador y el entrevistado. Acaso cuando éste tenga una cultura elevada, podrá tratar con mejor éxito de ocultar la verdad de su “yo” al entrevistador; entonces será un duelo de capacidad cultural, pero no un enfrentamiento de esta capacidad frente a la ignorancia.

En el primer caso, el entrevistador debe emplear armas distintas a las que utilizará en el segundo.

Luchando de "igual a igual", podrá incluso apelar a ciertos tecnicismos, haciendo resaltar el beneficio que para el entrevistado puede significar la investigación psicológica o psiquiátrica.

En el segundo, necesitará unas armas basadas en cierto "paternalismo", desde luego con vocabulario que asegure plenamente que el entrevistado ha entendido perfectamente lo que se le preguntó.

Un ejemplo de ésto puede encontrarse en el caso clínico del soldado de infantería Angel C., a quien tuvo que explicársele los términos "heterosexual" y "homosexual" por no ser comprendidos por el paciente.

No cumplir con esta condición es tanto como utilizar, en la técnica comunicativa, energías de distinta frecuencia de intensidad, que no pueden establecer una correlación correcta.

Vemos, pues, que la entrevista ya sea de tipo psiquiátrico, psicológico, o de cualquier otro tipo no es cosa tan fácil como a primera vista pudiera creerse. Si bien es cierto, que es, en muchos casos, el mejor procedimiento para encontrar la verdadera personalidad de un sujeto, cualquier error puede producir efectos negativos e inducir al psicólogo a errores que después pueden motivar graves efectos.

Por eso, uno de los mayores obstáculos que se presentan ante el entrevistador son: la simulación y el disimulo.

Ya en otra parte de este trabajo señalamos la diferencia entre el disimulado y el simulador. Ya la simple expresión de esta palabra establece la diferencia, el disimulado, es un sujeto pasivo, el simulador, es un sujeto activo. El disimulado esconde su personalidad, el simulador inventa su personalidad.

El disimulado es así, un sujeto que se defiende, que quiere pasar inadvertido en su "yo" verdadero, pero que no

descubre que es él realmente. Es un “camuflado” que quiere, por acción mimética, confundirse con el medio en el que se desenvuelve, en tanto que simulador es un sujeto que desea ponerse la careta que los personajes de Grecia utilizaban en las comedias, para presentar los caracteres de la obra y ocultar los que les eran propios.

Como vemos, entonces, el problema es muy difícil para el investigador, cuando se encuentra ante una de estas dos clases de sujetos pasivos.

Al disimulador, lo tiene que traer de la penumbra a la luz y al simulador, tiene que arrancarle la careta para descubrir cómo es.

Este ejemplo de dificultad se multiplica “n” veces, en las entrevistas psiquiátricas, donde ya no solamente se trata de establecer las características de un “yo” sino también de formular un diagnóstico para su tratamiento psicológico.

La entrevista sea de tipo psicológico o psiquiátrico deberá considerarse como un método de investigación, el cual exige dos condiciones absolutas para cumplir su finalidad, el primero es que la comunicación entre entrevistador y entrevistado “sea correcta”, lo cual solamente podrá lograrse dependiendo de la habilidad y formación profesional del que entrevista.

El entrevistador estará siempre “dispuesto”, mientras entrevista, lo que hará sentir al entrevistado seguridad ayudándolo así a responder adecuadamente.

Antes de formular su patrón, el entrevistador debe plantearse a sí mismo las siguientes cuatro interrogantes fundamentales:

- 1.—¿Qué voy a preguntar?
- 2.—¿A quién voy a preguntar?

3.—¿Por qué voy a preguntar?

4.—¿Para qué voy a preguntar?

Cada una de estas preguntas exige por parte del entrevistador un estudio que no puede ser superficial.

1.—¿Qué voy a preguntar? . . . . . es decir cuál será la materia de la entrevista . . . no desde luego la única que se formule pero sí el núcleo central de ella, la meta que se persigue.

2.—¿A quién voy a preguntar? . . . Es decir, quién es la persona que va a ser entrevistada por mí . . . ¿Tengo antecedentes de ella? . . . ¿Cómo y a través de quién llega a mí? . . . ésta es una parte crucial a resolver dentro de la situación interpersonal de la entrevista.

3.—¿Por qué voy a preguntar? . . . es decir, qué motivos, qué indicios han llevado al que va a ser entrevistado a convertirse en sujeto pasivo de la entrevista.

4.—Y ¿para qué voy a preguntar? . . . es decir, voy a hacer un estudio psicológico, voy acaso a “descubrir” a los ojos de mi entrevistado un complejo que lo acongoja u obsesiona, o voy a hacer aflorar un padecimiento que amerite un tratamiento psiquiátrico.

Tales son las motivaciones que originan las cuatro preguntas claves que el entrevistador ha de formularse a sí mismo y sólo cuando haya respondido debidamente a ellas, podrá establecer un patrón de pregunta y, como arriba decimos, estudiar su contextura y su alcance y establecer su plan de interrogatorio verbal sin tener que estar consultando a cada paso lo que haya formulado por escrito.

Es de suma importancia en estas entrevistas que el sujeto no se sienta “rechazado”, es decir, que perciba que el entrevistador se interesa en él como persona y como sujeto pasivo.

Cuando Sullivan ( <sup>1</sup> ) se refiere a este punto de la entrevista dice que la persona debe sentir "respeto" hacia él por parte del entrevistador. Esto hará que a su vez el entrevistado sienta respeto hacia el entrevistador trayendo como consecuencia un respeto mutuo, una interestimación que será base para el éxito de la entrevista.

### MEDIO AMBIENTE FISICO QUE DEBE PREVALECER EN LA SITUACION DE ENTREVISTA

El medio ambiente físico es uno de los factores menos importante durante la situación de entrevista, pero sin embargo, no debe descuidarse, ya que este "medio ambiente" debe reunir ciertos factores indispensables para un mejor logro de la entrevista.

Si el entrevistador tiene una personalidad idónea podrá mantener una buena relación interpersonal en casi cualquier lugar. Una vez empezada la entrevista no habrá mucha diferencia de influencia en el medio ambiente a no ser que éste sea demasiado perturbador.

Existen, sin embargo, ciertas características indispensables que debe reunir el lugar donde se realicen las entrevistas, ya que un escenario poco adecuado puede crear ciertas complicaciones debidas a las proyecciones inevitables que suceden en la situación de entrevista.

El ambiente físico deberá ser lo menos provocativo, es decir, con el menor número de estímulos posibles para evitar la distracción del sujeto entrevistado, no debe ser un ambiente hostil ni frustrante.

La oficina del entrevistador debe ser cómoda, tener ventilación apropiada y estar protegida contra ruidos. Las comodidades obvias deben ofrecerse, incluyéndose un tocador y un espejo que sean accesibles a la salida de la oficina.

---

(1) Sullivan Stack Harry.—LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA.—Editorial Psique.—Buenos Aires, 1964.—Capítulo 10., página 45.

La luz deberá ser lo más suave que sea posible, pero previéndose una iluminación accesoria en caso necesario, para poder tomar notas y poder leer el material escrito. Como la materia discutida con el entrevistador es confidencial el paciente deberá tener la seguridad absoluta que nadie lo escucha, por este motivo la oficina debe ser arreglada de manera que lo que está diciendo el sujeto no sea escuchado por nadie más que por el entrevistador. Para este fin pueden tenerse unas cortinas en las paredes las cuales pueden ser de corcho, evitando así que tanto lo que sucede dentro de la oficina y en la sala de espera no sea escuchado en ninguna de ambas partes. Cuando el material a prueba de sonido no pueda ser utilizado por diversas circunstancias, deberá hacerse por lo menos una separación de la oficina con un cuarto de por medio por lo menos. Si ésto tampoco es posible algunos entrevistadores colocan aparatos de aire acondicionado en la sala de espera, haciendo de esta manera indistinguible la conversación entre el entrevistador y el entrevistado.

Un sistema de entrada y salida separadas para evitar el encuentro de pacientes es aconsejable, aunque Wolberg no lo considera indispensable inculcando en la mente del paciente que tener un problema emocional no es vergonzoso.

( 1 ) “No hay ninguna razón por la cual el entrevistado no acepte su situación y el hecho de que el entrevistador trate a otras personas además de él”.

Cualquier angustia, hostilidad o celos que pueda tener el paciente al encontrar a otro paciente tomándolo como rival, se puede tratar de manera terapéutica.

Circunstancias prácticas requieren a veces que la casa y la oficina del entrevistador estén juntas, ésto no debe dañar el objetivo terapéutico que se persigue. No debe haber ninguna influencia que distriaga dicha operación. Cualquiera

---

( 1 ) Wolberg R. Lewis.—Obra citada.—Capítulo 16, página 187.

actitud normal de una casa como la presencia de niños cerca, el sonido del teléfono, etc., pueden dañar la relación entrevistador-entrevistado. Si surgen estas variantes y no pueden controlarse, resulta indispensable separar el consultorio de la casa habitación.

La decoración de la oficina no es tampoco demasiado importante, solamente deberán evitarse cuadros muy llamativos y decoraciones exageradas.

En la primera entrevista el entrevistado tratará de analizar el ambiente, el cual le ayudará a estimar la clase de persona con la que está tratando. A la vez puede proyectar al ambiente sus propias actitudes emocionales tratando de encontrar evidencias en contra del entrevistador debido a sus prejuicios y relacionando la decoración de la oficina con la personalidad del entrevistador.

En consecuencia si la decoración no es exagerada no tendrá influencia definitiva sobre la relación interpersonal que se lleva a cabo en la entrevista.

Los muebles de la sala de espera también deberán ser sencillos, deberá haber pocas sillas, una mesa central, ceniceros y revistas seleccionadas; ya que es muy natural que el paciente juzgue al entrevistador por el material que encuentre en dicha sala.

Deberá haber también un perchero para colocar los sombreros, abrigos, paraguas, etc. Los muebles de la oficina del entrevistador también deberán ser sencillos, deberá tener solamente lo indispensable como son dos sillas muy cómodas que estén una frente a la otra, las cuales no deberán ser ni duras, ni muy suaves. El sofá está ortopédicamente mal indicado para el entrevistador, ya que no le da el suficiente soporte a su espalda durante las largas horas de entrevista o terapia.

El entrevistado a veces también se asusta si se siente muy "encerrado" entre los brazos de la silla, motivo por

el cual ésta debe ser muy amplia. También existe ventaja en que la silla del entrevistador y el entrevistado sean similares en tamaño y altura, ésto es muy importante en la terapia ya que una de sus ambiciones es llevar al paciente a un nivel de igualdad con otros seres humanos, es por ésto, que hay entrevistadores que enfatizan mucho el que no haya diferencia entre su silla y la de el entrevistado. Una silla muy grande para el entrevistador hará que se le perciba como poco cooperativo con el entrevistado influyendo ésto en el ambiente de entrevista.

Además de las sillas para poder llevar a cabo la entrevista, podrán tenerse una o dos sillas extras para ser usadas en conferencias, con los miembros de la familia del paciente, cuando ésto sea necesario; o bien para las juntas entre los mismos entrevistadores.

El entrevistador también puede tener un escritorio para hacer sus reportes y anotaciones sobre el entrevistado, un sillón cómodo puede ayudarle cuando quiera emplear la técnica de asociación libre. O bien cuando el paciente está tratando material doloroso de transferencia, la cual puede minimizarse no observando la cara ni las expresiones del entrevistador. Podemos recordar aquí a Sullivan que utilizaba dentro de su técnica el no mirar de frente nunca al paciente.

Los accesorios como mesas laterales, ceniceros y cerillos son necesarios, las sillas pueden tenerse dobladas en su closet y usarse para conferencias o terapia de grupo.

A algunos entrevistadores les gusta tener animales como perros o gatos en su oficina, con la idea que ésto crea un ambiente de hogar. Sin embargo, la presencia de un animal en el cuarto puede molestar muchísimo a algunos pacientes quienes pueden verlo como rival; realizando sus resentimientos como irracionales pueden reprimir o suprimir sus sentimientos de hostilidad. El comportamiento del animal ya sea quieto o agresivo distraen la atención del

entrevistador, y el entrevistado, pudiendo influir en el tipo de respuestas que dé el sujeto.

En general la presencia de un animal en la oficina no es aconsejable, ya que distrae al paciente aunque éste aparentemente se ajuste a su presencia.

El teléfono durante la situación de entrevista puede también influir en la atención del sujeto; por lo tanto es mejor arreglar que esté desconectado durante las sesiones, ya que las llamadas telefónicas constituyen una interrupción muy seria en la continuación de la hora terapéutica. Naturalmente que molestará al paciente y si son muy frecuentes disturbarán la relación entrevistador-entrevistado.

A menos que sea una emergencia extrema las conversaciones por teléfono deberán restringirse solamente a los tiempos libres entre una sesión y otra.

Esto no existe en las clínicas donde hay siempre un conmutador pudiendo controlarse así las llamadas; sin embargo, si puede ser un problema en la práctica particular ya que en la mayoría de los casos es el propio entrevistador quien responde a las llamadas telefónicas.

En este caso puede instalarse en la oficina un nuevo servicio automático de contestar el teléfono que sirve a la vez para tomar los recados importantes, evitando así la interrupción de la entrevista; de este modo los recados quedarán grabadas y el entrevistador podrá comunicarse después con sus pacientes sin interrumpir el tiempo de la entrevista que está llevando a cabo.

Las personas que están inadecuadamente motivadas y vienen a entrevista por la insistencia de su médico, de un familiar o amigo preocupado o bien para evitar el castigo cuando han estado implicados en alguna infracción legal, o quienes por alguna otra razón están convencidos que no necesitan ayuda psiquiátrica, no reaccionarán bien a la situación de entrevista y consecuentemente tampoco a la psicoterapia.

En tales casos el entrevistador deberá concentrar su esfuerzo en crear en el entrevistado los incentivos apropiados para la aceptación de ayuda.

Aunque este intento de trabajar sobre los dinamis-mos operantes del sujeto, teniendo que inhibir los impulsos del paciente hasta lograr que éste se encuentre fuertemente motivado para aceptar la terapia es una tarea sumamente difícil, que puede llevar al entrevistador a dedicarle a un solo paciente muchas horas de trabajo.

De igual importancia es el segundo tipo de trabajo que consiste en clarificar y quitar conceptos equivocados acerca de las entrevistas de tipo psicológico y psiquiátrico, muchas personas vienen al consultorio del entrevistador llenos de prejuicios de los psiquiatras, los psicólogos y la psiquiatría en general.

Este tipo de personas esperan que el doctor sea un mago que lee las mentes, y que puede infaliblemente conjurar fuerzas extraterrestres provocando un alivio rápido, una vez que el paciente se ha atrevido a confesarle sus problemas.

Revistas actuales y libros populares han desvalorizado la eficacia de la psicología y la psiquiatría como ciencias, hablando de sus efectos dañinos o potencialmente dañinos. Los ataques de personas sin información y hasta de algunos profesionales sobre la siquiatria, el psicoanálisis y Freud, pueden haber creado una actitud pesimista que puede resultar dañina al examen efectivo del conflicto inconsciente.

Numerosas concepciones sin fundamento han lastimado profundamente el esfuerzo terapéutico y se necesitará de un manejo cuidadoso en la aplicación de esta ciencia y una rectitud y dedicación absoluta de aquellos que las profesan para revalorizarlas logrando efectos positivos y relaciones interpersonales adecuadas.

El tercer trabajo de la primera fase de la entrevista consiste en convencer al paciente que el entrevistador entiende su sufrimiento y es capaz de ayudarlo; antes que ésto suceda el entrevistado problemáticamente se habrá sentido condenado por sus impulsos y rechazado por sus quejas.

Cuando el entrevistado se siente culpable y resentido no osa abrirse completamente a alguien que repetirá cosas que lo lastimen, como se las ha hecho experimentar la sociedad en que vive. Obviamente sería inútil decirle al entrevistado que el entrevistador es una clase de autoridad diferente, como el paciente al principio no lo entendería lo consideraría inadecuado y peligroso. Esto se logra por medio de escuchar respetuosamente las reflexiones del paciente con simpatía aceptando sus reacciones verbales y no verbales, no condenándolo, de este modo el entrevistado pronto aprende que está tratando con un nuevo tipo de persona con la cual puede establecer también un tipo nuevo de relación que requiere su completa cooperación.

El entrevistador deberá mantenerse siempre atento y receptivo a esta nueva dirección en los sentimientos del paciente siendo éste el mejor criterio para el progreso de la evolución de la relación interpersonal.

El cuarto punto que se sigue después de haber logrado los tres primeros, es definir tentativamente las metas en la entrevista y en la situación de terapia si ésto se considera necesario.

Este punto tal vez no sea aceptado por el paciente, en este caso, se le dejará ser él mismo su propio árbitro del tópic que quiera tratar.

Una breve explicación de las posibilidades de meta de una manera factible, se indica explicándole al paciente que puede obtenerse una completa rehabilitación de la personalidad (meta deseable), lo cual no siempre se indica; en otras ocasiones sólo se buscará el cambio o el reajuste de algún punto de la personalidad.

Es obvio que se necesitará un período más extenso de tratamiento cuanto más ambiciosas sean las metas.

Una vez que el paciente acepte los hechos reales será más dúctil y flexible a los procedimientos técnicos usados por el entrevistador.

También será más empática la relación basada en la necesidad de su propia participación, operación activa y responsabilidad.

Son esperadas durante la primera fase de entrevista las resistencias a la relación médico-paciente.

El paciente puede resistir los esfuerzos del entrevistador para motivarlo a entrevista o bien a aceptar terapia, boicoteando los intentos de convencerlo de que puede ser ayudado.

La aversión que tiene el enfermo en su neurosis, o psicosis, padecimiento en general, pueden crearle la necesidad de perpetuarlo para obtener diversos tipos de ganancia, obstruyéndose así sus poderes de razonamiento.

También puede rehusarse a aceptar la definición del entrevistador de la situación en relación con el tratamiento por tener ideas de antemano definidas de como cree que debe ser tratado y las condiciones bajo las cuales puede cooperar. Estas ideas desde luego no son adecuadas para una buena relación de entrevista y muchísimo menos en el caso de terapia, siendo problema del médico el tratar de quitarlas.

El entrevistado puede por ejemplo resentir la naturaleza profesional de la relación y desear que se le trate de manera especial, más personal, hasta el punto de destruir la relación entrevistado-entrevistador queriendo ver al segundo no como experto, sino como un igual del cual no obtendrá ningún beneficio.

Hay pacientes que quisieran llevar al entrevistador a su ambiente social, alternando con él en las circunstancias de la vida diaria. Wolberg nos indica que ceder a estos deseos del paciente indicaría un fracaso terapéutico.

Las interferencias mayores en el desarrollo de una relación interpersonal son las resistencias caracterológicas que surgen como manifestaciones de las actividades interpersonales habituales. Cuando el contacto entrevistador-entrevistado está en peligro empezarán a quebrarse las distorsiones de carácter. Atacarán los mecanismos de defensa.

Algunas de las distorsiones son únicas, en el sentido en que son inspiradas por un tipo especial de relación que existe en la situación de entrevista hacia los sentimientos y actitudes de transferencia que pueden surgir desde el principio en forma de espectaciones irracionales, como: deseos sexuales, exigencias protectoras, sentimientos de culpa, miedo de ser mutilado o lastimado e intensa hostilidad.

La dependencia, la agresión, el desprendimiento, pueden llegar a obrar sobre la relación interpersonal combinándose o bien actuando alternativamente.

Tratando estas resistencias, llevándolas a ser armónicas es la ambición de la primera fase. Obviamente es inútil intentar el análisis de un conflicto profundo mientras estas resistencias estén operando. Aunque el entrevistador se impaciente y quiera resolver los conflictos que el ve, debe limitarse al principio a resolver primero la resistencia observando la reglas que se usan para consolidar una relación positiva.

Las resistencias sin embargo a lo mejor no se muestran enseguida, no pudiendo ser resueltas inmediatamente. Las resistencias de carácter pueden manifestarse por meses y años. Interpretarlas tendrá como resultado el repudio constante del paciente, pero si se hace con empatía y dedicación es casi seguro, que se obtendrá éxito.

Ciertos problemas con el entrevistador respecto a la contra-transferencia también pueden ser obstáculos en la relación médico-paciente.

Es posible que el paciente responda con hostilidad la cual puede no ser reconocida ni controlada por el entrevistador. Por eso es imposible extender la empatía al paciente de que acepte y comprenda sus conflictos con la primera interpretación que se haga.

Si se trata de un paciente que tiene alta posición social, económica o política el entrevistador puede tener miedo o estar ante él con una actitud demasiado respetuosa, lo cual afectará la relación interpersonal. El Entrevistador puede irritarse mucho con la resistencia del entrevistado a aceptar el tratamiento y al mismo entrevistador. La desesperación o cualquier muestra por parte del entrevistador como ya se ha dicho, tendrá un efecto catastrófico en el establecimiento adecuado de rapport.

Por todas las razones antes escritas el entrevistador deberá tener la suprema habilidad de no dar aparente importancia o cosas que la tienen, su actitud deberá ser siempre la misma; sin elevar la voz, sin aparentar dar importancia a su inquisición, ir creando confianza en la persona a la que se entrevista y con ello ir sacando la verdad resulta mucho más fácil.

( 1 ) Sullivan nos da una regla obtenida con su experiencia como entrevistador que dice:

“Creo que en el transcurso de 25 años, no he sostenido una sola entrevista en la que la persona con quien estaba hablando, no se haya fastidiado durante la primera entrevista, por las preguntas estúpidas, formuladas por mí. Y estoy seguro que generalmente leo, con toda exactitud, la mente de mi interlocutor en ese sentido. Un paciente me dice lo que es evidente y

---

(1) Sullivan Stack Harry.—Obra citada.—Capítulo 1o., página 32.

me pregunto qué es lo que quiere decir y para saberlo le formulo nuevas preguntas. Pero después de la primera media hora, aproximadamente, él comienza a observar que existe una razonable incertidumbre respecto a lo que quiso decir, y las declaraciones que se le antojan obvias, pueden ser notablemente incomunicativas, puesto que pueden permitir al entrevistador, sin mucha experiencia, que suponga que se sabe algo, cuando en realidad no es así. Sólo más tarde descubre que ha estado golpeando hacia la lejanía, por una angosta senda de fantasía privada que, con toda seguridad, no podía ser lo que el paciente había estado diciendo, porque ahora el paciente está hablando sobre algo que evidentemente no tiene la menor relación con aquello. así, una parte de la habilidad de entrevistar, se origina en una especie de serena observación de cuanto se produce: “¿Tiene esta frase esta declaración, un significado indiscutible? . . . ¿Existe alguna certeza respecto a lo que quiere decir esta persona?”.

El entrevistador debe tener siempre en cuenta que puede existir ya sea por parte de él o del entrevistado actitudes “seductoras”, que deben ser descubiertas evitando con ello que el sujeto entrevistado “lo envuelva”, lo que traería como consecuencia que no se actuara objetivamente en la situación de entrevista, desvirtuándose totalmente la exactitud del diagnóstico.

Tanto la personalidad del médico, como la del psicólogo deberán ser flexibles, inspirando confianza a través de sus actitudes. El entrevistador como ya se ha dicho debe recibir a sus presuntos entrevistados con máxima corrección y amabilidad. No deberá excederse en el planteamiento de la entrevista y ha de explicar a quien lo solicite ya sea directamente el futuro entrevistado, ya se trate de alguno de sus familiares -el alcance y la finalidad de la entrevista psicológica y psiquiátrica-.

Resulta obvio decir que tanto el psiquiatra como el psicólogo deben ser profesionales de ética absoluta, de actitudes verticales, entregados por completo al ejercicio de su profesión con el firme propósito de ayudar a los demás en el campo que haya escogido para desenvolverse.

Al término de la entrevista, el entrevistador debe reunir a solas y por escrito los puntos más destacados obtenidos en ella, si durante la situación de entrevista se vió obligado a formular preguntas sobre tópicos extensos puede anotar lo que él considere más importante y sobresaliente.

Con su diagnóstico final el entrevistador tratará de resolver el problema que le plantea la conducta del entrevistado, cuya significación integral es dada por la personalidad de éste, donde se entremezclan aspectos subjetivos y objetivos, significaciones conscientes y las que son simplemente vividas. Con todo este material obtenido en la entrevista, el entrevistador estará capacitado para emitir un diagnóstico valedero del sujeto entrevistado y, proponerle los métodos adecuados de ayuda.

¿Por todo lo que hemos dicho podríamos considerar a la entrevista como un método científico?.

Aunque más compleja la situación de entrevista, no es diferente al estudio de las ciencias naturales. También él da a las cosas y a sus relaciones una significación, ya que como sabemos toda ciencia es siempre obra del espíritu. Al respecto dice Wallan ( <sup>1</sup> )

“La ciencia toda no es más que la toma de conciencia del universo por el hombre. . . pero el control experimental es en ella la condición de todos los instantes. . .”.

---

(1) Wallan H.—INTRODUCTION AL ETUDE DE LA VIE MENTALE.—Encyclopédie française, Tomo VIII.

Es absolutamente cierto que el método determina el modo de conocimiento, a este respecto podemos citar a Paul Fraisse ( 2 )

“El poeta da una significación al mundo o a los seres, pero su actividad significativa es propiamente subjetiva y no requiere ningún control, el científico busca extraer significaciones objetivas de modo que todo observador en **las mismas condiciones, llegue a las mismas conclusiones.** Trata de que su interpretación esté influida lo menos posible por su ecuación personal y transforma los fenómenos para que el observador tenga un trabajo lo menos ambiguo posible...”

Podríamos transcribir el párrafo de Fraisse y aplicarlo a la finalidad que persigue la entrevista: desprender todos los factores personales del entrevistado y plantearlos en una ecuación objetiva de tal modo que el diagnóstico pueda desprenderse también de consideraciones derivadas del “yo” del entrevistador, llegando a conclusiones que tengan la realidad de una verdad científicamente establecida.

---

( 2 ) Fraisse Paul.—MANUAL PRACTICO DE PSICOLOGIA EXPERIMENTAL.—  
Editorial Kapelusz.—Buenos Aires, 1960. Página 37.

## Capítulo II

**La Entrevista Psicológica y la Entrevista Psiquiátrica.—Sus Orígenes y Esquemas de la Entrevista Psiquiátrica.—Sus Obstáculos por parte del Entrevistado y por Parte del Entrevistador.**

## SENTIDO Y ALCANCE DE LA ENTREVISTA PSICOLOGICA

Es, indudablemente, la motivación, el aspecto fundamental de la psicología. En síntesis, la motivación busca el motivo, el impulso, el instinto fundamental de la conducta humana.

Después de que Freud estableció un nuevo campo en el horizonte de la psicología, ubicando la libido como base de la motivación. Adler señaló la urgencia de poder, Jung, un anhelo de urgencia vital, Horney, un deseo de seguridad interna y Fromm, una expresión social de equilibrio del hombre, en su determinante personal dentro de la agrupación en que se desenvuelve.

Pero cualesquiera que sean las teorías de la motivación, es indudable que, encontrarla en cada sujeto es la meta esencial de la psicología.

En las entrevistas de este tipo, lo que se busca es establecer "las condiciones del ser" sujeto a entrevista.

Desde luego, no pueden establecerse todavía, estas condiciones como "conocimientos" en modo exacto y convincente. Pero existen, desde luego, y de la reducción del límite entre los resultados y de la entrevista y la realidad del "yo" del ser experimentado, se deduce el triunfo o el fracaso de la entrevista.

El premio Nobel del año 1932, otorgado al inglés E. D. Adrian, escribió una vez que:

“El psicólogo nada puede hacer sin un conocimiento acertado del funcionamiento cerebral de su paciente”  
( 1 ).

El planteamiento perfecto de una entrevista exigirá, según Adrian, un examen previo de las características fisiológicas cerebrales del sujeto entrevistado, recordando que, el cerebro no es solamente la masa gelatinosa de un gris rosado, que maneja el anatomista. El cerebro es el órgano que crea el pensamiento y como todo órgano de tal carácter, puede encontrarse sujeto a alteraciones.

Dice W. Grey Walter a este respecto:

( 2 ) “Un cerebro humano no sólo es un mecanismo más intrincado que cualquier otro, sino que además tiene una historia individual muy larga. Estudiar tal problema en términos de frecuencias y amplitudes, como una función limitada del tiempo -en líneas ondulantes- es, en el mejor de los casos, una tremenda simplificación y la redundancia es, por supuesto, enorme. . . .”

Por lo tanto, si el entrevistador va a enfrentarse con el cerebro del entrevistado, es evidente que debe estar seguro de que ésta máquina maravillosa funciona normalmente y si esta “normalidad” está alterada, tiene que buscar donde se ubica la alteración y qué consecuencias tiene para la auténtica personalidad del sujeto entrevistado. Es decir, que en toda entrevista psicológica, y psiquiátrica, debe haber una preparación por parte del psicólogo o del médico, en lo que se refiere a adquirir por lo menos, cierta probabilidad de

---

( 1 ) Adrian E. D.—LA BASE DE LA SENSACION.—Monografías de psicología normal y patológica; versión española, Madrid, 1947.

( 2 ) Grey Walter, W.—EL CEREBRO VIVIENTE.—Trad. de Augusto Fernández Guardiola, México, Fondo de Cultura Económica, 1961, 296 p., Fots. ils., (Colección

conocimiento sobre el estado cerebral del entrevistado (examen médico y neurológico, electroencefalograma, etc., el cual corresponde realizar, exclusivamente al médico).

Después, la entrevista diagnosticará lo que proceda y de ese modo, ratificará o rectificará los estudios médicos que se hayan realizado previamente.

No olvidemos, y esto es otro aspecto fundamental de la entrevista psicológica, que ésta presupone una relación psico-social entre dos personas que desempeñan papeles absolutamente diferentes: el entrevistador busca; el entrevistado, es buscado y unas veces, aceptará plenamente esa búsqueda de su "yo", y en otras, se defenderá, no queriendo que la búsqueda se realice plenamente.

El entrevistante, es un sujeto profesional que interviene en la acción, con ciencia y técnica y con finalidad investigadora: el entrevistado, es un sujeto pasivo que podrá ser profesional o no, pero que en la entrevista, es elemento buscado en su "yo" y que estará por lo general tratando de "defenderse" de esta búsqueda.

En suma, la entrevista psicológica es, en cierto modo, un 'combate': el entrevistador "ataca" y el entrevistado "se defiende".

No quiere decir con esto, que en toda entrevista el sujeto entrevistado adopte una actitud defensiva. Pero es una ley admitida plenamente en la psicología clínica, que en el sujeto pasivo hay una tendencia a expulsar cualquier intromisión, aun cuando este sujeto acepte la utilidad de la misma.

Notables psiquiatras han establecido el paralelismo que existe en muchas ocasiones, entre la fisiología curativa y la psicoterapia. A este respecto, podemos citar el resultado del simposio Hixon, en las conclusiones de este simposio, leemos lo siguiente:

( 1 ) “Existe un paralelismo tan evidente entre ciertas reacciones fisiológicas y psiquiátricas, que acaso llegue un día en que muchas nuevas leyes de psicología, nazcan y se regularicen de la observación de aquellos fenómenos fisiológicos”.

Hay un punto sobre el cual Sullivan hace aclaraciones a este respecto:

( 2 ) “...tales situaciones, (se refiere a las derivadas de las entrevistas psiquiátricas, pero lo dicho también puede aplicarse a las entrevistas psicológicas), involucran algo más que la simple presencia de dos personas, en algún par, se refieren a dos personas que están **relacionadas** una con la otra y a eso nosotros lo llamamos **integración**. Pero hay aun más: una situación interpersonal, de la cual la entrevista, (situación de entrevista), es un ejemplo particular, está integrada y producida, y el curso de sus hechos, determinado hasta cierto punto por algo de las dos personas interesadas, que es recíproco y cuyas manifestaciones coinciden, aproximadamente en el tiempo. Es así, que podemos decir que la situación-entrevista, o serie de situaciones, está **integrada por motivos coincidentes y recíprocos**, del entrevistado y del entrevistador”.

En matemáticas, integrar es determinar una suma a través de ciertos factores variables. Por lo tanto, la integración es la resultante variable de una suma de factores que actúan independientemente, pero correlacionados en una simple, y al mismo tiempo compleja finalidad.

A las luces, por lo tanto, de este principio matemático creemos que puede establecerse la siguiente correlación con la entrevista psicológica:

---

( 1 ) Jeffres, S. A.—CEREBRAL MECHANISEN IN BEHAVIOR.—Nueva York, Editorial Londres Chapman and Hall, 1951.

( 2 ) Sullivan.—LA ENTREVISTA.—Op. Cit., p. 77.

“Integral de la entrevista = la suma de los factores variables que establecen la interacción entre entrevistador y entrevistado, con respecto a los puntos fundamentales en que la entrevista se desenvuelve”.

En el origen de la entrevista psicológica existen dos razones coincidentes: lo que motiva al entrevistador a llevar a cabo la entrevista, y lo que lleva al entrevistado a solicitarla y aceptarla o a rechazarla.

Esta es una diferencia entre la entrevista psicológica y la entrevista psiquiátrica. En la primera, se presupone la aceptación del entrevistado, que sabe la finalidad que el entrevistador persigue. Por el contrario sucede en la entrevista psiquiátrica, ya que no hay que olvidar que en este caso el entrevistado es generalmente un paciente, un enfermo, y aunque en algunos casos puede decirse la verdad del tratamiento al que habrá de ser sometido, en otros casos habrá que ocultárselo para llevarlo a la entrevista, no necesariamente engañado, pero sí con cierta parte de la verdad oculta tras de determinados eufemismos. No hay que olvidar que es una tendencia humana la de tener “miedo” al doctor y esta tendencia se acentúa frente al nombre del psiquiatra, que dentro del vulgo convierten en sinónimo de “médico de locos”.

( 1 ) “El paciente que finalmente se decide a ver un psiquiatra está expuesto a un cierto tipo de **marcaje social**, aunque desde luego es lo mismo ir a ver a un dentista a causa de una deficiencia dental que a un psiquiatra a causa de una perturbación mental, pero una enfermedad dental puede uno aceptarla y una mental no. Así las presiones internas y externas son frecuentemente severas”.

También hay que tener en cuenta, para ubicar exactamente el alcance de la entrevista psicológica, los diversos puntos de vista que la motivan. Una entrevista psicológica,

---

(1) Meninger Karl.—A. PSYCHIATRY CANE STUDY.—1962.

no es como la entrevista psiquiátrica, en cuanto a su finalidad; efectivamente, en la entrevista psiquiátrica, se busca siempre un diagnóstico que permita el conocimiento de el padecimiento mental, que aqueja al entrevistado, como medio para tratar de curarlo; es pues el entrevistado, el que recibe el beneficio directo de la entrevista psiquiátrica.

( 2 ) Sullivan define la entrevista psiquiátrica “como una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, qué pautas o normas experimentan como particularmente productoras de dificultades o espe-cliente, con el propósito de elucidar pautas caractespera obtener algún beneficio”.

No sucede así en la entrevista psicológica, en donde el beneficio puede ser para las personas que encargan la entrevista al entrevistador. Por ejemplo el director de una empresa que encarga al psicólogo o a un grupo de psicólogos un trabajo de investigación sobre la capacidad de rendimiento de sus trabajadores; es evidente en este caso que serán los dueños de las fábricas que encargan la entrevista colectiva los beneficiados con los resultados que de ella se obtengan, porque conocerán la capacidad exacta de rendimiento de sus trabajadores pudiendo de esta manera aumentar o controlar las tendencias favorables o desfavorables. (aumentarles el sueldo, las horas de trabajo, o bien, disminuirles los días de descanso, sus horas de trabajo, resultados que dependerán del informe dado por el psicólogo o grupo de psicólogos encargados del estudio).

Sin que apelemos a las entrevistas pluripersonales, también hay entrevistas psicológicas que pueden favorecer a terceros: Por ejemplo, las que, con carácter psicoanalítico

---

( 2 ) Sullivan.—LA ENTREVISTA.—Op. Cit., p. 28.

se llevan a cabo en niños, a petición de sus padres para esclarecer algunos puntos en la conducta de éstos.

Es frecuente someter a los niños a tratamientos psicoterapéuticos, cuando la tendencia imaginativa natural de su edad, se va convirtiendo en pseudo-manía. O bien cuando algunos padres consideran que “el mal” está en sus hijos y no se han dado cuenta realmente que son ellos quienes necesitan terapia ya que por su mal, deforman las reacciones normales de la conducta de sus hijos.

En estas entrevistas psicológicas, ya dijimos que el entrevistador deberá desplegar una estrategia de tipo oral, a base de conversación, diálogo, etc.; para obtener la información del entrevistado. Aquí podemos recordar a Sullivan que dice que el aspecto más importante de la situación de entrevista es la comunicación. El contenido de lo que dice el entrevistado, puede no tener un valor permanente para el entrevistador. Pero dentro de esta mezcla de asuntos no importantes o interesantes, el entrevistador puede encontrar “algo”, al igual que el buscador de oro encuentra las preciadas pepitas entre arena y fango de los ríos. Porque, el entrevistado “guarda” ciertos datos que solamente mediante la entrevista bien dirigida podrán ser conocidos. Sucede muchas veces en este tipo de entrevista que algunos padres llevan a sus hijos para ser entrevistados psicológicamente, relatan motivaciones de conducta del niño, totalmente falseadas, porque estas interpretaciones han pasado, a través de la interpretación de los padres, que acaso no tengan la capacidad profesional para interpretar correctamente. Es de suma importancia que en estos casos el psicólogo que entrevista no se deje influenciar por las interpretaciones que le son dadas.

El entrevistado debe entregar al entrevistador una situación “vvida”. Pero puede no querer hacerlo y entonces corresponderá al entrevistador buscar el modo de conducir a aquél hasta llegar a esta vivencia.

Existen, desde luego, dos conciencias de la situación: la del entrevistador y la del entrevistado. Es una situación semejante a la verdad de Juan y Pedro, establecida por Unamuno, y a la que ya nos hemos referido. Al entrevistador corresponde captar los datos aprendidos por la consciencia del entrevistado y lanzarlos en impacto, sobre éste, para conseguir establecer esta situación vivida a la que antes aludíamos.

En esta escaramuza entre las dos conciencias situacionales de la entrevista, la ventaja es, desde luego, del entrevistador, cuya habilidad profesional y costumbre en esta clase de actividades crea en su ánimo una estabilidad emocional de superioridad, que el entrevistado no posee y que lo lleva, lógicamente, a la situación defensiva que ya hemos mencionado.

Cuando el entrevistado tiene la percepción del entrevistador, surge el primer obstáculo en los factores psicológicos que protegen a la consciencia del entrevistado y que deben ser conocidos y manejados adecuadamente por el entrevistador, para anularlos y aun para convertirlos de elementos de obstáculo, en elementos de cooperación.

Como ya hemos dicho la presentación en la situación de entrevista, es un factor determinante; lo es, efectivamente, porque el primer impacto dará la pauta de la comunicación que habrá de establecerse entre el sujeto activo y el pasivo de la entrevista psicológica.

En todos los aspectos de las intercomunicaciones humanas, la "primera impresión" es sumamente importante porque ella origina una situación de simpatía o antipatía, que forzosamente influye en el desenvolvimiento armónico o inarmónico de la entrevista. El entrevistador es entonces, el que, con su habilidad profesional y también con su personalidad y capacidad de intuición, debe llevar esta primera presentación a un campo adecuado.

Resulta obvio mencionar la capacidad profesional, la cual además de preparación necesitará de arduo trabajo y práctica constante; es necesario definir la personalidad del entrevistador; la personalidad no es el carácter: es la cuestión más importante de la psicología central del hombre, es la determinante de su organización individual. Se dice que una persona tiene "personalidad", cuando se distingue con sus condiciones adecuadas de conducta para cada ocasión. Podríamos simplificar la definición de personalidad con la siguiente fórmula:

Temperamento, más educación, más voluntad igual a carácter, todo ésto unido nos dará la personalidad.

Entonces, es evidente que el entrevistador, ya sea psicólogo o bien médico psiquiatra ha de poseer esa personalidad necesaria para actuar adecuadamente en las situaciones que se le presenten, es decir, como corresponda a los intereses de interacción comunicativa que persigue con la entrevista psicológica. A este respecto Sullivan dice que todo entrevistador deberá poseer innatamente la capacidad de intuición para conocer los problemas que aquejan al sujeto entrevistado.

Todas estas consideraciones sobre la entrevista psicológica nos llevan a la conclusión de que la psicología ha llegado a ser, mediante la observación en general y la entrevista en particular una ciencia dinámica.

Cierto, que a veces al psicólogo y al psiquiatra les faltan elementos para poder abarcar un cuadro general del sujeto entrevistado, es cuando la entrevista le ayuda a encontrar el verdadero camino para llegar a conocer al sujeto, a reserva de realizar después, otras observaciones selectivas.

En este punto podemos referirnos a Werner Wolff que dice lo siguiente:

( 1 ) “Otro método experimental, se basa en respuestas verbales, usando cuestionarios y clasificaciones complementadas por auto-apreciaciones. . . La psicología moderna señala una diferencia entre la conducta manifiesta y las motivaciones subyacentes y entre las actitudes conscientes y las inconscientes; por lo que no siempre se puede confiar en los resultados, aunque el individuo sometido a la prueba, tenga la buena voluntad de dar una respuesta sincera.

La conciencia del sujeto puede ser engañada por su propio inconsciente. Se han desarrollado algunas técnicas que intentan penetrar en la motivación subyacente, a las respuestas conscientes; tales son los métodos proyectivos, la investigación de los movimientos expresivos y el análisis de las asociaciones”.

La maestría de Wolff señala en efecto, tres de los problemas más graves que se presentan dentro de la realización de una entrevista psicológica, y que sólo pueden ser resueltos a base de la ortodoxa aplicación de la doctrina freudiana.

Lo inconsciente, en efecto, puede penetrar dentro de la conciencia, en un momento dado de la situación de entrevista, y de esta manera surgir “la verdad”, verdad por encima de la verdad de la conciencia. Y es entonces donde deberán aplicarse los métodos progresivos, la investigación de los movimientos expresivos y también el análisis de las asociaciones, tal como Wolff lo señala.

Con estos antecedentes, podemos llegar a la siguiente clasificación de la entrevista psicológica:

1.—Información del entrevistador y el entrevistado, (si se quiere obtener información del entrevistado, será una entrevista psico-social: si se desea alcanzar alguna transfor-

---

(1) Wolff Werner.—INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA. UNA REFUTACION DOCUMENTADA DEL MECANISMO Y UNA DEFENSA DECIDIDA DE LA ESCUELA ORGANICISTA.—11a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1969.

mación en la conducta o personalidad del entrevistado será una entrevista de tipo clínico).

2.—Tipo de estructuración.

3.—Diferenciación entre una entrevista psicológica y un interrogatorio psicológico.

Esta última característica, es perfectamente clara en su diferenciación: una entrevista carece de rigidez; es fluída y aunque en su directriz fundamental puede haber sido preparada por el entrevistador, no se sujeta a un cartabón que la restrinja en su movimiento dinámico-activo.

Un interrogatorio, por el contrario, establece un marco de acción, una pauta, de la que no puede salirse el entrevistador.

Es decir, el interrogatorio reducido a eso, no es una entrevista, ya que la entrevista no es monofásica, sino polifásica, ya que supone conversación, diálogo, réplica. El interrogatorio, por su inflexibilidad, no puede derivarse a problemas aferentes o inferentes y, por lo tanto su valor de intercomunicación queda reducido a lo que pudiéramos denominar un "pseudo monólogo". En el interrogatorio, se desea conocer una o varias fases, una o varias situaciones, vividas por el sujeto. Es por eso, que, las preguntas se estructuran de antemano, porque se reducen a la situación que se desea conocer, dejando aparte todas las restantes situaciones.

La entrevista tiene un carácter más amplio. Por medio de la conversación y el diálogo se captan instrumentos que permitirán conocer el porqué de las manifestaciones de conducta del sujeto entrevistado, con una amplitud mucho mayor que las que puedan obtenerse en el interrogatorio. Diálogo y conversación serán complementados por el estudio de las actitudes del entrevistado, desde el momento mismo que se presentan ante el entrevistador: su forma de entrar, su marcha, su vestimenta, el modo de sentarse, la

manera de expresarse, la entonación de su voz y la forma en que responde a las preguntas que se le hacen.

Todos estos detalles son tan importantes como las respuestas a ciertas preguntas de áreas determinantes en la personalidad del entrevistado. Todos estos datos se irán registrando para después compararse y poder así emitir un diagnóstico provisional, a reserva de que más tarde se llegue, si es necesario, mediante investigaciones posteriores (aplicación del test de personalidad e inteligencia, al diagnóstico definitivo).

La entrevista psicológica, es pues, un instrumento de primera importancia para la investigación y el conocimiento de los individuos, como ya dijimos es fundamental que exista como base de la entrevista una relación psico-social e interacción de los participantes.

En cuanto al tipo de estructuración, las entrevistas psicológicas pueden dividirse en:

1.—Entrevistas dirigidas.

2.—Entrevistas no dirigidas (dependiendo del paciente que se esté entrevistando y del criterio del entrevistador podrá estilizarse lo que se denomina “tribuna libre”, es decir, dejar que el entrevistado hable de lo que él quiera siempre y cuando no se salga del tema fundamental de su problema).

En la entrevista dirigida, las preguntas, se estructuran de antemano para obtener la información que se desea y, por lo tanto, este tipo de entrevista se identifica con la estructura del interrogatorio.

En la entrevista no dirigida, el entrevistador no deberá dejarse llevar por impresiones subjetivas, sino que, forzosamente ha de establecer una ponderación que pueda basarse en hechos científicamente señalados y establecidos.

La entrevista psicológica, es también, una aplicación de la teoría de las instancias y pulsiones, según la escuela psicoanalista. Freud, en efecto, distingue el "Ello", fuente de las pulsiones inconscientes del "Ego", empírico, partido entre las exigencias del mundo biosocial, al que debe adaptarse, y finalmente, el "Super-Ego", que siendo totalmente inconsciente, en la concepción de Freud, representa para él las exigencias de la educación y de la cultura humana.

Esta concepción freudiana evidentemente, tiene aplicación en la entrevista psicológica. No se trata en ella de sumir al paciente en estado de hipnosis; se trata de que el entrevistador pueda clasificar las acciones y reacciones del entrevistado, entre las categorías freudianas y clasificarlas dentro del "Ello", del "Ego", y del "super yo".

El esquema de la personalidad propuesto por Freud, (1) encierra un excepcional valor explicativo en lo concerniente a ciertas estructuras del pensamiento. Dirigiéndose por esta teoría, el entrevistador puede encontrar la senda que lo conduzca al descubrimiento del "yo" del entrevistado, por encima de las dificultades que para esa investigación representen.

Siendo la entrevista psicológica, tan fundamental, es lógico que la presentemos como una expresión perfecta de la psicología dinámica, insistimos sobre este dinamismo, porque gracias a él la acción investigadora de la entrevista psicológica, puede ubicarse correctamente dentro de un plano de eficiencia.

A este respecto, podemos recordar a Gorge Cruchón quien dice:

---

(1) Freud.—ABREGÉ DE PSYCHOANALYSE.—París, 1938. (Las teorías de Freud sobre la estructura de la personalidad, se encuentran, principalmente en su última obra inacabada, escrita en 1930).

( 1 ) “Esta psicología, (se refiere a la psicología dinámica) difiere notablemente de la psicología clásica, de tipo filosófico, que estudia las “facultades” del alma, tratando de inferir de éstas, conclusiones sobre la naturaleza del destino de aquellas.

También se diferencian de esta psicología clásica más reciente, de tipo experimental o descriptivo, que estudia las diversas “funciones” o actividades globales o superiores del hombre o de los animales.

En oposición a una psicología de las funciones o del alma, existe una **psicología del hombre**, ésta, en efecto, considera al hombre como un Todo. (Unidad bio-psico-social) en el que las diversas funciones están íntimamente ligadas, y que reaccionan globalmente en situaciones concretas, por comportamiento adaptado o inadaptado, deficiente o ideal, en función de sus motivaciones internas y externas a las que se haya sometido”.

Hay una denominación ambigua y desde luego no muy científica con respecto a las entrevistas denominadas clínicas.

La ambigüedad nace de que son adjetivizadas en función del lugar en donde se realicen (las clínicas, hospitales, instituciones del gobierno, etc.) y no en relación a la finalidad que persiguen.

Por lo demás, es evidente que una entrevista clínica puede ser psiquiátrica o bien con una orientación psicodinámica, según la finalidad que se persiga. Será psiquiátrica, si se pone en juego lograr la transformación total o bien de algún aspecto del paciente; si la entrevista se lleva a cabo entre personas consideradas como “normales” su fin será ayudar al sujeto entrevistado a resolver sus pro-

---

( 1 ) Cruchón S. J., Georges.—INICIACION A LA SIMBOLOGIA DINAMICA.—Madrid, Editorial Marfil, 1965.

blemas transformando su situación actual, en este caso estaremos frente a una entrevista de tipo psicológico.

Insistimos en el punto fundamental que diferencia a la entrevista psicológica de la entrevista psiquiátrica, en la entrevista psicológica el sujeto entrevistado no necesariamente ha de ser un "enfermo"; en la entrevista psiquiátrica sí lo es, al menos, mientras no se pruebe lo contrario.

Las finalidades de la entrevista psicológica pueden resumirse del modo siguiente:

1.—Conseguir que el entrevistado tenga conciencia de sus complejos, deseos, estados, fijaciones, etc.

2.—Mediante esta "toma de conciencia" permitir al entrevistado transformar su conducta por él mismo.

3.—Buscar la terapia adecuada a medida que se vaya llevando a efecto el trabajo de entrevista.

4.—Confirmar el tipo de terapia escogido después de haber terminado la entrevista y haber hecho el análisis de la misma.

Freud señala que ( <sup>1</sup> ) antes de establecer el diagnóstico definitivo será preciso realizar todas las entrevistas que sean necesarias. Rogers por el contrario, ( <sup>2</sup> ) es partidario de aplicar la terapia durante las situaciones de entrevista.

Al hablar de los orígenes, sentido y alcance de la entrevista psiquiátrica así como de la psicoterapia, surge inmediatamente el nombre de Freud; y junto a él evidentemente el de otro eminente científico: Adler.

---

( 1 ) Freud, S.—NUEVAS APORTACIONES AL PSICOANALISIS.—Obras Completas, Buenos Aires, 1943, Tomo XVII.

( 2 ) Rogers.—PSICODIAGNOSTICO.—Buenos Aires, 1952.

Evidentemente, Adler y Freud han sido creadores de dos grandes escuelas: el psicoanálisis y la psicología individual; hablando de ambos maestros V. E. Frankl se expresa en los términos siguientes:

( 1 ) “No es posible borrar mentalmente de la historia de la psicoterapia la obra de sus creadores, obra que podemos calificar de histórica en el mejor sentido de la palabra... Freud ha comparado la obra esencial del psicoanálisis a la desecación del Zuidzee; así, como en estas máximas ha ido conquistándose al mar una extensión de tierras fértiles, el psicoanálisis va sustituyendo el “Ello” por el “yo”, o dicho en otros términos va desplazando la inconsciente por la acción de la conciencia...”

En la teoría psicoanalítica es la entrevista psiquiátrica el mejor de los instrumentos de investigación; es el elemento indispensable de que se vale el psiquiatra o el psicólogo clínico para encontrar las tres etapas señaladas por el gran médico vienés.

Freud, gracias a sus entrevistas, obtuvo con sus pacientes la evidencia de los dos sistemas psíquicos: el de lo inconsciente y el de lo consciente y una vez logrados ambos pudo determinar las causas que impedían el intercambio entre los dos.

El “yo” llamó Freud a nuestro sistema consciente; el “ello” -vocablo tomado de Nietzsche- al inconsciente a lo que funciona contra nuestra intención y nuestra voluntad, en una aparente independencia de cada sujeto... pero junto al “Yo” y al “Ello”, por encima, mejor dicho de ambos, Freud señaló la existencia del “Super-Yo” como una fuerza directriz en las ideas, principios y acciones que practicamos, el “Super-Yo” puede definirse como “la conciencia moral”.

---

(1) Frankl V. E.—PSICOANÁLISIS Y EXISTENCIALISMO.—5a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1967.

Hablando de este tema, Werner Wolff se expresa del modo siguiente:

( 1 ) “Estas tres funciones básicas de la psique, “yo”, “Ello” y “**Super-Yo**” forman la dinámica psíquica en su intercambio de energía. El “Super-Yo” representa las restricciones morales y el estímulo hacia la perfección, enfrentándose al “Ello” que es el reservorio de los impulsos y al que Freud llamó “una caldera de energía en ebullición”. Como los impulsos del “Ello” determinan al “Yo” y si éstos son muy fuertes, desarrolla a manera de protección una conducta neurótica”.

Una explicación que nos da de un modo más claro la finalidad terapéutica de la entrevista psiquiátrica: es separar al “Yo” de la doble acción que lo presiona a través del “Ello” y del “Super-Yo” para encontrar su equilibrio real y no el ficticio derivado de la protección que la neurosis implica para establecer un orden y un equilibrio vital que se puede decir se halla en lo que en física se llama “equilibrio indiferente” a este respecto podemos mencionar nuevamente a Werner Wolff quien al referirse a este tipo de conflicto dice:

( 2 ) “Hay dos formas distintas de perder el equilibrio; o bien el “Super-Yo” es demasiado intenso de tal modo que ya no puede alcanzar sus ideales o bien el “Ello” y sus emociones son muy fuertes y el “Yo” no puede dominar sus impulsos. La función de la conducta neurótica consiste en establecer ceremonias y reglas que tratan de entenderse con los impulsos y las prohibiciones. Mientras el “Super-Yo” determina la conducta del hombre en lo que se refiere al futuro y el “Yo” establece una separación entre pasado, presente y futuro, las funciones del “Ello” están fuera de toda consideración de tiempo; el tiempo no existe en el inconsciente y del mismo modo que el concepto

---

( 1 ) Wolff.—OP. CIT.—,p. 269.

( 2 ) Wolff.—OP. CIT.—,p. 269-270.

de tiempo es un producto artificial, también lo es el del espacio separando unas cosas de otras y no existe en el inconsciente”.

De este modo, la teoría freudiana nos conduce a entender claramente el alcance de la entrevista psiquiátrica.

El “Yo” se encuentra presionado por el “Ello” y por el “Super-Yo”, siente presiones excesivas y el “Ello” “bulle” con exceso de energía y el “Super-Yo” “rompe las barras del tiempo con sus restricciones de todo tipo”, el “Yo” para conservar su equilibrio si no de un modo estable al menos sí indiferente, apela a las “energías neuróticas”. La entrevista psiquiátrica, entonces, busca equilibrar el “Yo” de un “modo estable” desprendiendo los elementos neuróticos, a base de un descubrimiento del “Ello” y del “Super-Yo” no como funciones estáticas y sí como elementos de la dinámica mental del sujeto entrevistado.

Laing R. O. aclara este concepto suplementariamente: (1) “La defensa neurótica del “Yo” para establecer un equilibrio más o menos permanente disgrega a ese “Yo” en partes reales y partes irreales.

Esta irrealidad es elemento de disgregación y su resultado más peligroso es la **división del “Yo”**.

Todas las consideraciones anteriores, como ya señalamos nos permite dar a la entrevista psiquiátrica nuestro propio criterio: la consideramos en suma como el método indispensable de investigación para determinar las relaciones normales o anormales del “Yo” del “Ello” y del “Super-Yo”, eliminando o tratando de hacerlo, todos los elementos de defensa neurótica del “Yo”.

En general la entrevista psiquiátrica se efectúa entre investigador e investigado solamente. . . pero la existencia física de estas dos personas se ve multiplicada por la exis-

---

(1) Laing, R. O.—EL YO DIVIDIDO.—México, Fondo de Cultura Económica, 1953, p. 104.

tencia "Ideal" de otros muchos personajes que "desfilan" durante la entrevista, influyendo poderosamente en el diagnóstico... A este fenómeno Sullivan lo denominó "distorsión paratáctica" definiéndolo de la siguiente manera:

(1) "Y ahora anotaremos una característica de todas las relaciones interpersonales, que es especialmente notable en el tipo íntimo de interrogatorio que puede ser la entrevista psiquiátrica y que, en efecto, está extrañamente ilustrada por el caso que acabo de mencionar. Esta es la concomitante paratáctica de la vida, como yo la denomino. Con ésto, quiero decir que no sólo existen personas perfectamente tangibles complicadas (en este caso la hermana de la paciente que residía en Oklahoma y una compañera de trabajo en la oficina) sino que existen también fantásticas construcciones sobre aquellas personas, tales como la hermana que manoseaba los pechos de la paciente en su habitación de Manhattan durante la noche, y la compañera de trabajo que actúa como emisaria o agente de la hermana. Estas elaboraciones psicóticas de personas imaginarias e imaginarias acciones personales, son espectaculares y parecen muy extrañas. Pero el hecho es que en un gran número de relaciones de la clase más común -con vecinos, enemigos, conocidos y hasta gente tan estadísticamente determinada como el cobrador y el cartero- existen a menudo variantes de tales distorsiones. Las características de una persona sobre las cuales estarían de acuerdo un gran número de competentes observadores, pueden no parecernos las verdaderas características de la persona hacia la cual realizamos movimientos acomodaticios o no acomodaticios. Las verdaderas características de la otra persona en ese momento, pueden resultar de importancia muy escasa para la situación interpersonal. Y a eso llamamos distorsión paratáctica".

---

(1) Sullivan.—LA ENTREVISTA.—Op. Cit., p. 50 y 51.

¿Es voluntaria la presencia del enfermo presunto en la entrevista psiquiátrica? Cualquier respuesta a este respecto resultaría insuficiente. . . el presunto enfermo, “teme” la entrevista y sobre todo “tiene pavor de ser catalogado como demente” -equiparación que hace del enfermo mental el 90% de la gente que carece de información al respecto-.

Este deseo de sustraerse al examen psiquiátrico ¿Origina que no haya aceptación de la entrevista? . . . en muchos casos desgraciadamente así es y entonces la labor del psiquiatra es mucho más difícil porque tiene que romper una barrera más poderosa (resistencia).

En el caso de una oposición decidida a la entrevista, sería inútil llevar al paciente a ella “por la fuerza”, porque sencillamente ello originaría una defensa que representaría un cierre hermético frente a cualquier intento de exploración por parte del entrevistador. El camino, en esta circunstancia, no puede ser otro que el de la “preparación”, fase en la que hay que intervenir no solamente el psiquiatra, sino también quienes rodean y son estimados y queridos por el paciente, como sus familiares más cercanos.

Cuando el enfermo llega ante el psiquiatra animado por un acto volitivo definido hay que distinguir si lo hace por “resignación” o por “voluntad propia”. Si llega “resignado” hay que transformar esta resignación en plena aceptación. Para alcanzar esta meta no hay regla: el entrevistador ha de utilizar su habilidad e intuición y emplear sobre todo “tacto y profesionalismo”. Tacto para hacer entrar en confianza al presunto paciente; profesionalismo para llevar la entrevista hasta los fines propuestos. Karl Meninger al referirse a la relación médico-paciente dice:

( 1 ) “El paciente tiene dudas si el psiquiatra lo entiende, ya que en realidad él no se entiende a sí mismo, es difícil describir algo de lo que uno claramente no conoce, y muy difícil ponerlo en tal forma para que

---

( 1 ) Meninger Karl.—OBRA CITADA.

una segunda parte (el psiquiatra), lo vea, entienda y sistematice. Finalmente el paciente psiquiátrico difiere de los demás en que su enfermedad no sólo involucra sus relaciones interpersonales, sus medios de comunicación, también involucra procesos psicológicos, manifestaciones intelectuales, emocionales e instintivas.

Los síntomas y la conducta frecuentemente despiertan impulsos y asociaciones y reacciones las cuales tendremos dificultad en manejar, ésto tiende a distorsionar nuestra objetividad, puede provocar lástima en lugar de simpatía, coraje en lugar de pena, síntomas eróticos por amistad, ansiedad de uno mismo en lugar de los concernientes al paciente (contra transferencia)".

A este respecto Sullivan, indiscutible autoridad en materia de entrevista dice: "el experto en psiquiatría debe poseer la capacidad de comprender el campo de las relaciones interpersonales y puesto que esta área del problema es peculiarmente el área de la observación participante, se espera del psiquiatra que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con su sujeto o paciente.

Hasta donde todos aquellos que llegan hasta él tienen que ser, por definición, relativamente inseguros, el psiquiatra está particularmente inhibido de buscar satisfacciones personales o prestigio, a costa de ellos, busca únicamente los datos que necesita para beneficiar al paciente y espera que éste le pague sus servicios". ( 2 )

El psiquiatra tiene frente a sí un **posible enfermo**, pero aunque el psiquiatra observe muchos signos de enfermedad psíquica no deberá de ningún modo asegurar que se trata de un enfermo mental si no hay evidencias que así lo demuestren; y mientras el paciente no le refiera sus síntomas principales que lo aquejan.

---

( 2 ) Sullivan.—LA ENTREVISTA.—Op. Cit., p. 36.

Justamente la entrevista psiquiátrica tiene en sí misma dos finalidades específicas:

1.—Determinar si el entrevistado es o no un enfermo con padecimiento mental o un desequilibrio de tipo emocional o psíquico.

2.—Si lo es, deberá establecer el modo de ayudarlo, después de haber ubicado del modo más exactamente posible la enfermedad de la cual adolece para así poder aplicar la terapia adecuada con el fin de curarlo.

El primer paso de la entrevista es la información, una información que abarque todas las normas características de vida del paciente. No hay que olvidar que en todo hombre el pasado determina al presente. . . es más, filosóficamente hablando el presente no existe: se va convirtiendo en pasado en el mismo instante de su presencia. . . el psiquiatra entonces tiene frente a sí dos horizontes nada más: el pasado de su paciente para estudiarlo y el futuro del mismo para concebirlo y preverlo. Dentro de este “pasado” se encuentra acaso la raíz del mal que aqueja al paciente: un mundo del ayer que debe ser “revivido” por el paciente gracias a la acción catalizadora estimulante del psiquiatra.

Meninger nos dice que:

(<sup>1</sup>) “Es necesario efectuar una revisión de datos ya que el paciente llega a consulta para ser tratado y cualquier cosa que se haga por él es tratamiento, y es así, como el tratamiento siempre precede al diagnóstico, y para este diagnóstico es necesario una examinación, ésto resulta contrario a la falsa idea que se tenía anteriormente; el examen es necesario para el diagnóstico, el diagnóstico debe preceder al tratamiento”.

Sullivan habla de la “esperanza del beneficio del paciente”. . . A este respecto nos permitimos decir que en

---

(1) Meninger Karl.—OBRA CITADA.

algunos casos sino es que en la mayor parte de las entrevistas psiquiátricas, el paciente o no se da cuenta del alcance de la misma, o llega a ella con temor, incluso con hostilidad, o al menos con exceptismo, considerando muchas veces la entrevista como algo “perfectamente inútil y engorroso”. Esto no sucede tanto en las entrevistas de tipo psicológico en las cuales la mayoría de los entrevistados llegan “esperanzados” de poder ser “mejor ajustados en su yo”.

La entrevista no es solamente un diálogo; es también para el psiquiatra un modo constante de observación.

Ya al hablar de la entrevista psicológica señalábamos que durante ésta, el entrevistador deber estar alerta: de los gestos, manipulaciones, movimientos, cambios de entonación en la voz, etc., del sujeto entrevistado.

La comunicación entre las personas tiene una técnica habitual que nos es conocida. Si alguien se separa de ella es decir, si no procede como es habitual proceder, evidentemente hay algún motivo para ello. Al entrevistador compete averiguar esta desviación de la normalidad.

Si por ejemplo, un paciente llega al consultorio arrastrando los pies, mirando al suelo y apenas sin roscar su mano la que el entrevistador le extiende para saludarlo, será fácil inferir que el entrevistado se halla bajo el efecto momentáneo de un temor que casi lo paraliza en su mente con respecto a la situación en que se halla (la entrevista), o bien se trata de un paciente depresivo, depresión que deberá ser aclarada en sus motivaciones por el entrevistador).

A veces, los miembros de ciertas comunidades sociales tienen “modos” que responden a causas preestablecidas. En Galicia, por ejemplo, los campesinos siempre contestan a una interrogación con otra. Si se les pregunta si llueve, no contestarán sí o no categóricamente, sino que contestarán según el caso ¿“Por qué no había de llover?” o bien

“¿Por qué ha de llover?”. Este es un signo generalizado de hablar de esa región de España cuyas causas pueden ser muchas; probablemente se deba a un espíritu de desconfianza alimentado durante la explotación que sufrió esta región por los gobiernos del centro. Esto desde luego, es un simple ejemplo que no nos llevará a deducir que todos los gallegos tienen un “trauma de desconfianza”. Pero sí nos explica que determinadas actitudes pueden ser causadas por circunstancias de tipo social y por lo tanto no deben ser consideradas como específicas durante el examen de un paciente. Pero tampoco deberán ser desconocidas por el entrevistador ya que si ésto sucede llevará a un resultado erróneo en el momento de emitir su diagnóstico.

Sullivan establece con maestría habitual este elemento al que ya nos hemos referido anteriormente y que él denomina “la distorsión paratáctica”:

( 1 ) “Distorsión paratáctica, como término, puede parecer completamente inusitado; en realidad, el fenómeno que describe no tiene absolutamente nada de inusitado. La gran complejidad que caracteriza a la entrevista psiquiátrica es el producto de la sustitución del psiquiatra por el entrevistador, una persona o personas que son notablemente distintas, en la mayor parte de los sentidos significativos, del psiquiatra. El entrevistado dirige su comportamiento hacia esa persona ficticia que temporalmente tiene un ascendiente sobre la realidad del psiquiatra, e interpreta las observaciones que formula éste, así como su comportamiento sobre la base de esa misma persona ficticia”.

Al referirse Meninger a la comunicación en la entrevista psiquiátrica dice que es “ la competencia en la comunicación es de suma importancia en la psiquiatría, ya que es la base de mucha de nuestra terapia, además del hecho

---

( 1 ) Sullivan.—LA ENTREVISTA.—Op. Cit., p. 51.

de que el paciente tiene dudas justificadas acerca de la habilidad del psiquiatra para comprenderlo, existe también el hecho que el paciente no se comprende a sí mismo. Es bastante difícil describir algo que uno no sabe qué es, pero que le molesta y es todavía más difícil ponerlo en forma tal para que el psiquiatra lo comprenda empáticamente”. ( 1 )

Este elemento de comunicación es el que permite “abrir” lo subconsciente preparando definitivamente el éxito de la entrevista psiquiátrica.

La especialidad psiquiátrica es de las más difíciles dentro de las ramas de la medicina, el médico dedicado a otras ramas de esta ciencia tiene en su apoyo datos científicamente establecidos -análisis, estudios sobre la materia que tiene un carácter concreto- etc. El psiquiatra trabaja sobre condiciones extra-materiales. Los experimentos que pueden servirle son desde luego notables, pero solamente dan resultados presuncionales. Lo consciente y lo inconsciente, el “Yo”, el “Ello”, el “Super-Yo”, no tiene volumen ni dimensiones, deben ser estudiados mediante la observación y la técnica profesional. Es por ésto que el médico dedicado a la psiquiatría deberá estar en constante estudio de la personalidad, establecer concatenaciones de la conducta de sus pacientes, crear imágenes conceptuales a propósito de las dimensiones de profundidad del pensamiento.

Meninger al referirse a las cualidades que debe reunir el psiquiatra menciona como principal de ellas la intuición y dice:

( 2 ) “El paciente psiquiátrico difiere de la mayoría de otros pacientes en que su enfermedad no sólo tiene que ver con sus relaciones interpersonales y medios de comunicación con éstas, sino que involucra pro-

---

(1) Meninger Karl.—OP. CIT.

(2) Meninger Karl.—OP. CIT.

cesos psicológicos, intelectuales y emocionales y manifestaciones instintivas. (The counterparts) de las cuales existen también en el médico. En realidad estas pueden ser las mismas que el médico está usando en su esfuerzo por observar y comprender al paciente. Es por eso que los síntomas y la conducta del paciente despiertan en nosotros impulsos, asociaciones, reacciones dentro de nosotros, que nos cuesta trabajo manejar. Esto tiende a molestarlo y distrae nuestra objetividad”.

No se puede ser psiquiatra sin la debida preparación y lo que es más importante en el sentido vocacional e intuición innata de conocer y ayudar a sus semejantes. La vocación es la que determina siempre la capacidad. Quien se avoca a una labor, sin que ésta labor le guste, convertirá su trabajo en rutina y nunca podrá realizarlo con ese sentido de entrega y devoción que ponen quienes actúan y se desenvuelven en la labor que les guste logrando así realizaciones positivas.

Antes de dedicarse a estudios de tipo psiquiátrico, el presunto estudiante ha de preguntarse también, si tiene “sensibilidad”. La sensibilidad es cierta manifestación que lleva a percepciones no perfectamente encauzadas, por lo que hay que tener en cuenta que el objetivo principal de los esfuerzos del hombre, es su propia capacidad. El psiquiatra deberá poseer esta facultad de intuición y sensibilidad para así poder lograr una mejor comprensión y ayuda de los que posteriormente sean sus pacientes, ya que no debemos olvidar que tendemos a ver las cosas a través de nuestra propia percepción, entonces en la medida en que la percepción del psiquiatra sea más acertada, mejor será su labor de investigación y de recopilación, obtenidas durante la situación de entrevista.

La entrevista psiquiátrica, tiene múltiples facetas: el psiquiatra establece el plan de trabajo, de acuerdo con su criterio o con las deducciones que haga del caso que va a

tratar. Es por eso que no suele ser aconsejable que la entrevista psiquiátrica no vaya precedida de un registro de éstos.

Si el paciente, espontáneamente, se presenta ante el psiquiatra, para relatarle su caso puede existir el peligro de distorsión o disimulo por parte del entrevistador. Por el contrario ésto no sucede en un médico de cualquier otra rama que sea, ya que en éstos casos el interrogatorio previo al tratamiento no deberá ser y en efecto no es tan extenso y detallado.

Supongamos que un médico general, acude a la cabecera de un enfermo: lo primero que hace, es auscultarlo, tomarle la presión y hacerle un breve interrogatorio. Probablemente ordenará análisis y se reservará a su diagnóstico y el tratamiento correspondiente, para después de que haya investigado mediante esos análisis el mal que aqueja a su paciente.

El psiquiatra tiene ante sí un panorama semejante para diagnosticar y después establecer su terapia, para ésto necesita “conocer” la historia personal y familiar de su paciente, la cadena secuencial que ha desencadenado el padecimiento actual. Este conocimiento lo adquiere con los datos obtenidos del propio paciente, o bien de terceros, y principalmente de la investigación que realiza durante la entrevista. Es así como con todos estos datos obtenidos y observados el diagnóstico psiquiátrico podrá establecerse.

En toda ciencia, hay dos métodos: el analítico y el sintético. En las entrevistas, pueden concebirse ambos métodos del siguiente modo: considerar a esta investigación como un todo no posible de ser fraccionado, y constituido en un solo bloque por las distintas condiciones y circunstancias en que la entrevista se desenvuelve, o bien considerada la entrevista como una serie de elementos y funciones divisibles, que deberán ser ordenados y establecidos conforme a un plan.

La planificación es siempre en cualquier actividad profesional un elemento de superación; el que planea, prevé y el que prevé puede salvar todas las contingencias adversas. Esta regla general en la vida profesional, se aplica también a la psiquiatría. El psiquiatra planea la entrevista, al hacerlo, se capacita par ir desarrollando su actividad, de forma ordenada, congruente, preestablecida.

Es por eso que, en la planificación de la entrevista psiquiátrica, se considera que intervienen las siguientes etapas:

- 1.—El comienzo formal.
- 2.—El reconocimiento.
- 3.—La investigación o interrogatorio detallado.
- 4.—La terminación de la entrevista.

El comienzo formal es la recepción del entrevistado, las frases usuales de cortesía, el establecimiento inicial de la comunicación y después el interrogatorio sobre las circunstancias de la visita. No se crea que este comienzo formal no reviste importancia: es la etapa en la cual se inicia la intercomunicación, “la primera vista” de que tanto se habla es muy importante en este tipo de técnica selectiva profesional.

Es en este momento del comienzo formal en que el entrevistado va a recibir la primera comunicación del entrevistador y va a empezar a juzgar a éste, a través de su impresión, es en este mismo instante en que el entrevistador deberá empezar a actuar. Ha de buscar el modo de conocer y conducir al entrevistado.

Existió en Madrid, a principios de este siglo, un psiquiatra, el Dr. Rafael Nuñó, que hablando a sus discípulos -era maestro de la facultad- explicaba que él realizaba sus entrevistas por sexos y por edades y que se presentaba vestido, perfumado y acicalado de distinto modo, según que los

entrevistados fueran hombres, mujeres, adultos, niños y ancianos. Y concluía sus observaciones, diciendo “porque la presentación es un impacto en la comunicación primera y yo, no podía dejar al margen cuestión tan importante”. ( 1 )

Hay que tener en cuenta en esta “entrada” a la entrevista, que, en general, ambos partícipes son extraños entre sí y que es necesario establecer un puente que lleve, de lo extraño a lo conocido hablando, de temas comunes, de tendencias similares de conocimientos afines, etc.

Una vez que el entrevistador considere que la intercomunicación se ha establecido, debe pasar a la segunda etapa, es decir, al reconocimiento; pero sin solución de continuidad, es decir, sin separar una etapa de la otra bruscamente, sino pasando de una manera casi imperceptible de la primera a la segunda fase.

En esta segunda fase, el entrevistador quiere conocer quién es su entrevistado, en su aspecto externo, por el momento.

Quiere establecer su historia personal. Este establecimiento no será fácil si la primera etapa no fue satisfactoriamente solucionada y hubo encubrimiento o disimulo por parte del entrevistado debido a la tensión; no lográndose éxito en esta segunda fase si no ha desaparecido la auto-defensa del paciente.

Además, es frecuente, en esta etapa, que el entrevistado trate de ocultar ciertas etapas de su vida, que a sí mismo le desagradan, y que, por el contrario, tratará de inventar episodios o detalles que él cree pueden enaltecerlo a los ojos del entrevistador. Y aquí, si no existen reglas determinantes; el psiquiatra camina por una “maleza” de verdades, mentiras, semiverdades y semimentiras, y debe irse

---

( 1 ) Ortega y Gasset, José.—EL ESPECTADOR.—Obras Completas, Buenos Aires, 1947, Tomo II.

abriendo paso a través de ellas, guiado por su capacidad profesional y también por cierto sentido que ya hemos denominado práctica intuitiva.

Desde luego que podrá equivocarse en su interpretación, pero también en muchas ocasiones acertará.

“En la etapa de recopilación de información en las entrevistas, el psiquiatra debe presentar algunas preguntas de modo distinto, para averiguar si existen contradicciones en las respuestas, y, a través de ellas, establecer la verdad. Este sistema de preguntas disfrazadas, debe ser ejercido con sumo cuidado para que el entrevistado no se dé cuenta de que en realidad, su entrevistador, trata de hacerlo caer en una “trampa”. ( 1 )

La etapa siguiente, corresponde al interrogatorio, cuyo alcance y desde luego cuya sistemática, está en razón directa del propósito de la entrevista. Esta será el foco hacia el que tenderá el entrevistador. Pero deberá hacerlo también con sumo cuidado, y si es posible, con paréntesis de otro tipo que no permita al paciente avocarse a una defensa para él bien constituida.

Si, por ejemplo, se cree que el presunto paciente tiene un complejo derivado de sentirse postergado con respecto a sus demás hermanos, el entrevistador no debe enfrentarse a este complejo de un modo directo; su interrogatorio ha de referirse a las aficiones del paciente, a su vida familiar y sólo posteriormente y a juicio del entrevistado se tratarán los problemas relacionados directamente con su conflicto principal en este caso sus relaciones fraternales.

Solamente de este modo podrá ir entrando en las fortificaciones y defensas del paciente, e ir captando en

---

( 1 ) Gustav, Richard.—PSICOANALISIS DEL HOMBRE NORMAL.—Buenos Aires, Editorial Psique. 1964.

qué consisten, las presuntas discriminaciones que el paciente experimenta.

Un caso, conocido por nosotros, de un modo directo aunque no profesional, puede explicar lo que anteriormente expusimos: una joven de 17 años que trabajaba como secretaria en un bufete de arquitectos, padecía frecuentes accesos de llanto de un modo aparentemente inexplicable. Su jefe que sin ser psicólogo profesional tenía sin embargo, ciertos conocimientos en la materia observó estas reacciones de la muchacha y el momento y las ocasiones principales en que se producían dichos accesos de llanto. La convivencia de este arquitecto con su secretaria, motivó una serie de interrogatorios a la joven, descubriendo que el complejo de la misma se escondía bajo una apariencia de inocuidad, que a toda costa trataba de disimular, sus padres no poseían la situación económica que ella hubiera querido y la cual trataba de aparentar, le molestaba mucho también que ella era más oscura de piel que su hermana. Pero estos dos hechos, para ser justificados se envolvían en una serie de disgresiones que si bien no llegaban a la mentira, sí podían ser clasificadas como disimulaciones de la verdad.

La cuarta etapa es la terminación de la entrevista. Entendamos como tal, el punto final definitivo de la comunicación entre entrevistador y entrevistado. Cuando una entrevista se efectúa en diversas etapas sucesivas, no puede hablarse del punto final y sí de "punto y seguido".

En tales casos, es decir, cuando la entrevista se desenvuelve en diferentes etapas, la primera que formulamos como inicial, es decir, el comienzo, puede ser abreviada o eliminada puesto que ya el contacto entre entrevistador y entrevistado se ha producido en lo que se refiere a la terminación propiamente dicha, debe concluir con un resumen general que el entrevistador hará al entrevistado en una forma inteligible para éste, dándole sus

puntos de vista cuyo conocimiento serán beneficiosos para el entrevistado.

Existe en la entrevista psiquiátrica otro problema el de las anotaciones por parte del entrevistador. ¿Qué sucede en la entrevista psiquiátrica si se toman anotaciones? El problema es de difícil respuesta. Desde luego, si el psiquiatra es hombre de indudable capacidad, pero de memoria incierta, las anotaciones serán absolutamente necesarias para la recopilación y valoración de los datos obtenidos. Sin embargo no hay que olvidar la susceptibilidad y auto-defensa del paciente a que su datos más íntimos queden anotados y archivados en la oficina del doctor. En el tipo de paciente psiquiátrico una anotación por parte del entrevistador puede significar para él “una penetración todavía más honda en su personalidad” y, esta sensación, puede llevar al presunto enfermo al establecimiento de una defensa más acentuada. En vista de tales consideraciones, nuestra opinión es ésta: si el psiquiatra tiene la suficiente memoria, como para recordar después de la entrevista, las incidencias más notables de ella, no debe hacer anotaciones. En el caso de que tenga que hacerlas procurará que sean lo más rápidas y lo menos angustiantes para el paciente.

Hay otro aspecto de la entrevista psiquiátrica que amerita ser subrayada como una meta de superación: la integración interpersonal del entrevistador y el entrevistado. Esta integración trata de que el entrevistador se dé cuenta clara del tipo de datos significativos que puede esperar, razonablemente, en cada etapa de la entrevista.

Una vez que la entrevista haya llegado a su punto final, corresponde al entrevistador recopilar los datos obtenidos, los indicios, las presunciones y las verdades, que de dicha entrevista se hayan desprendido para poder formular un diagnóstico acertado.

Los signos diagnósticos para tener valor, deben convertirse en signos asociados. Un signo aislado, no puede motivar una conclusión firme. Para que la motivación de la conducta del paciente sea razonablemente estudiada y clasificada psiquiátricamente, tienen que existir signos asociados, es decir, correlación sintomática, a esto Meninger lo denomina “cadena secuencial”.

Con estos signos a la vista, sumados a los síntomas obtenidos por medio del paciente, es como pueden emitirse los diagnósticos correspondientes que es la finalidad primordial que se persigue en la entrevista psiquiátrica.

Signos y asociaciones, evidentemente surgen a través del estudio de los elementos procesuales que integran la conducta humana y que deberán ser factores primordiales de estudio en la entrevista. Las entrevistas nos proporcionan datos confiables siempre y cuando sean realizadas de una manera adecuada sobre cuestiones y hechos referentes al entrevistado pudiendo obtenerse resultados beneficiosos para él mismo. Hasta que un entrevistador haya conseguido “abrir la mente del entrevistado”, no podrá obtener resultados confiables, porque siempre se presentarán ante él, obstáculos que ocultan el verdadero “yo” generalmente presionado por el “ello” y por el “super-yo”.

La labor del psiquiatra durante la situación de entrevista, es sumamente difícil, por lo tanto deberá aplicar todos sus conocimientos en práctica y habilidad profesional, para establecer un diagnóstico acertado que lleve en definitiva a la motivación del paciente orientándolo hacia una terapia adecuada para lograr por medio de ella cambios definitivos en la estructura personal del paciente ayudándolo a ajustarse de la mejor manera posible a la realidad.

Después de la entrevista, surgirá siempre la hipótesis -el diagnóstico-, la entrevista no ha agotado todo el procedimiento para lograr aún el cambio o los cambios defini-

tivos en la personalidad del paciente. Ha marcado un indicio científicamente establecido, después, acaso, otros procedimientos complementen a la entrevista y conduzcan hacia otros campos definitivos. La observación de un conjunto de hechos y la concentración de determinados datos, son siempre de primera utilidad, pero no son suficientes, aunque sí consideramos que son necesarios; es por eso que creemos que por medio de la entrevista puede establecerse un criterio científico, y que, procedimientos posteriores pueden llevarnos a formular un juicio adccuado.

### LA ENTREVISTA PSICOLOGICA

La psicología social es la rama de la psicología que estudia las interacciones interpersonales. En toda entrevista hay entrevistador que puede considerarse como sujeto activo y entrevistado que se considera como sujeto pasivo, esta relación desde luego no es una relación simétrica ya que de ninguna manera podrán reinvertirse los papeles. El entrevistado es un sujeto portador de elementos que al entrevistador le interesa saber y conocer para poder ayudarlo. El entrevistador debe desplegar en la situación de entrevista una estrategia de tipo oral mediante la conversación, el diálogo, es decir, la comunicación que es la parte fundamental en toda situación de entrevista para lograr obtener la mejor información por parte del entrevistado. El contenido de lo que dice el entrevistado, puede a veces no tener valor para el entrevistador, pero éste debe saber cómo y en qué momento interrumpirlo para irlo conduciendo sutilmente hacia el tópico importante. El entrevistado debe aportar datos que generalmente sólo se atreve a comunicar en una situación de entrevista y de esta manera podrán ser conocidos y validados por el entrevistador; si se obtienen datos de otra fuente (parientes, amigos, etc.) pueden servir como confirmación de los datos dados por el entrevistado. Si los datos que el entrevistado proporciona no son confirmados, generalmente no son válidos ni tendrán sentido. El entrevistado deberá entregar al entrevistador una situación vivida.

Durante la situación de entrevista existen dos conciencias de la situación que son el entrevistador y la del entrevistado. El entrevistador deberá captar los datos apprehendidos por la conciencia del entrevistado. Durante la situación de entrevista el papel del entrevistador es ventajoso en comparación con el del entrevistado por lo que toca a la habilidad del entrevistador saber manejar adecuadamente esta situación defensiva.

Cuando el entrevistador tiene la percepción del entrevistado y viceversa, surge el primer obstáculo, es por ésto que la primera impresión es tan importante para lograr posteriormente durante la entrevista la cooperación o la resistencia absoluta por parte del entrevistado.

Los factores psicológicos que protegen la conciencia del entrevistado deberán ser entendidos perfectamente por el entrevistador para poder manejarlos. Ya hemos dicho que en una entrevista de tipo psicológico, tanto como en la psiquiátrica, lo más importante es la presentación; durante esta primera entrevista de recepción el entrevistador no debe olvidar que es cuando las resistencias del paciente entrevistado se encuentran por lo general "bajas" y es precisamente en esta primera entrevista donde podrán obtenerse datos significativos de la vida del paciente que quizá tardarían meses o hasta años en volver a surgir nuevamente, ya que conforme el entrevistado va sintiéndose seguro durante las situaciones de entrevista sus defensas irán fortaleciéndose cada vez más.

La entrevista psicológica se clasifica:

1.—Por la información del entrevistador y del entrevistado (si se quiere obtener información del entrevistado será una entrevista psico-social si se quiere obtener transformación de algún rasgo o rasgos de su personalidad será una entrevista de tipo clínico).

2.—Estructuración de la entrevista.

3.—¿Qué diferencia hay entre una entrevista psicológica y un interrogatorio psicológico?

Mientras que en la entrevista se incluye la conversación y el diálogo, es fundamental observar también la conducta del entrevistado desde el momento mismo en que aparece frente al entrevistador, viendo su forma de entrar, su marcha, su vestimenta, la forma de saludar, la manera de sentarse, de hablar, observando la entonación de su voz, el modo como responde a las preguntas que se le hacen, etcétera.

La entrevista psicológica tiene dos formas o tipos de estructura, puede ser:

a).—Entrevista dirigida.

b).—Entrevista no dirigida.

En la entrevista dirigida, se estructuran las preguntas que se le van a hacer al entrevistado de antemano, para obtener la información que se desea.

En la entrevista no dirigida, las preguntas y las respuestas son libres, es decir, menos estructuradas, en este caso se deja al entrevistado que hable libremente de lo que él quiera, es lo que se ha llamado **TRIBUNA LIBRE**, ésto se hace para que el entrevistador pueda ver de qué manera el sujeto entrevistado se enfrenta a su mundo, de qué manera recibe y maneja los estímulos del medio ambiente.

### ENTREVISTA DE TIPO CLINICO

Esta entrevista puede ser de dos tipos psicológica o psiquiátrica, ya que puede ser de diagnóstico o de terapia, según el caso en que se aplica. Será entrevista clínica de tipo psiquiátrico si se pone en juego lograr la transformación del paciente. Si la entrevista se realiza entre personas normales, con el fin de ayudarla a resolver sus problemas

transformando la situación en que se encuentra será entonces una entrevista clínica.

Las entrevistas de tipo psicoanalítico son variaciones de la entrevista clínica, en este tipo de entrevistas el entrevistado no necesariamente será un enfermo, a diferencia de la entrevista psiquiátrica en la que generalmente el sujeto entrevistado sí lo es.

Las finalidades que persigue la entrevista orientada de una manera psicodinámica es hacer que el entrevistado vaya teniendo conciencia de sus complejos, deseos insatisfechos, de sus fijaciones, de su estado actual, etc. Para lograr de este modo transformarse él por sí mismo.

La actitud del entrevistado en este tipo de entrevista generalmente es menos reticente que en la entrevista de tipo psiquiátrico, por lo general es cooperativo ya que el paciente es quien en la mayoría de los casos ha buscado este tipo de ayuda; pero también hay algunos pacientes que en algunos momentos de la entrevista muestran agresión y resistencia hacia el entrevistador.

La información que se pretende obtener de la vida del paciente en la entrevista es la situación fenomenológica absolutamente existencial, ya que es el paciente únicamente quien puede darnos la información sobre su vida en este tipo de entrevista.

Solamente el entrevistado revelará la verdad durante la situación de entrevista, ya sea ésta de tipo psiquiátrico o psicológico, si el entrevistador sabe manejar la situación adecuadamente.

## LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA

La entrevista psiquiátrica como dice Sullivan es:

( 1 ) “Una situación de comunicación principalmente oral o vocal, no solamente comunicación verbal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrados, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio”.

Esto quiere decir que todas las personas, cualquiera que sea su raza, su condición social, su capacidad intelectual, su preparación, su religión, etc., tienen contactos con otras muchas personas obteniendo de ellas poca o mucha información, sin embargo, este tipo común de relación no debe considerarse como una situación de investigación de tipo psiquiátrico aunque exista en ella información, ya que no existe entre ellos una relación seria preestablecida y de tipo científico.

Toda entrevista deberá tener la intención de conocer a la persona en sus tres aspectos fundamentales: biológico, psíquico y social. Es decir, que deberá siempre considerarse al hombre como una unidad bio-psico-social.

Como ya hemos dicho en todo tipo de entrevista se recogen datos, los cuales deben ser separados en categorías para después poder compararlos con el concepto de normalidad para de esta manera poder concluir en qué aspecto o aspectos el sujeto entrevistado coincide con las pautas de conducta que se consideran como normales.

---

( 1 ) Sullivan.—LA ENTREVISTA.—Op. Cit., p. 270.

Lo “normal” es el mayor número de frecuencias con que se presenta un fenómeno cualquiera. Lo que se encuentra lejos de esta frecuencia recibe el nombre de hiponormal; y si el fenómeno que se estudia sobrepasa la frecuencia se le denomina hipernormal. Es así como por ejemplo, se podrá decir de una persona que no puede prestar atención que padece hipoprocensia, o bien si su capacidad de atención sobrepasa lo normal, se dirá que es una persona con hiperprocensia.

Como ya se ha dicho toda entrevista debe tener un fin, debemos estar siempre seguros de lo que buscamos y desde luego es posible que mientras se está realizando la entrevista suceda algo imprevisto que haga que desviemos la atención de nuestro objetivo, disturbándose de esta manera toda situación de entrevista y obteniendo en consecuencia datos erróneos. Para que ésto no suceda es imprescindible en toda entrevista fijarse normas para poder llevarla a cabo de la mejor manera posible.

En toda entrevista es necesario clasificar en dos niveles:

1.—Lo que el sujeto dice o hace durante la situación de entrevista.

2.—Los datos obtenidos en el punto uno, deberán clasificarse según al aspecto que correspondan (físico, biológico o social).

Durante la situación de entrevista es labor del entrevistador entender también la relación que su entrevistado guarda consigo mismo y con su medio ambiente. La hipótesis Estructural nos indica en qué nivel el sujeto se identifica con él mismo, es decir, cómo es su relación objetal la cual surge de la relación madre-hijo. Esta relación objetal puede ser con el “Ego”, con el “Ello”, o bien con “Super-Ego”. Es así como el sujeto se pone en relación consigo mismo dependiendo ésta de su tipo de relación objetal.

La capacidad intelectual y de relación del entrevistado nos será dada al investigar su grado de escolaridad y su ocupación, más los resultados que se obtengan de los tests de inteligencia a los cuales haya sido sometido el sujeto entrevistado (BATERIA).

Durante la entrevista de tipo psiquiátrico pueden llevarse a cabo dos tipos de interrogatorio:

1.—Interrogatorio directo que es aquel que se realiza directamente con el paciente.

2.—Interrogatorio indirecto que es aquel que se realiza con cualquier persona relacionada con el paciente. Los datos que se obtienen en este tipo de interrogatorio sirven para corroborar o simplemente para poder comparar la validez de los datos obtenidos en el interrogatorio directo.

En toda actuación de entrevista las bases que se tienen son la observación y el interrogatorio.

Para que una entrevista pueda considerarse “ideal” deberá reunir los siguientes requisitos:

1.—Deberá realizarse en un ambiente con el menor número de estímulos que puedan distraer o inhibir al sujeto entrevistado, trayendo como consecuencia que los datos obtenidos en la entrevista sean alterados perdiendo con ello validez.

2.—La luz del lugar donde se lleve a cabo la entrevista deberá ser tenue, de manera que no moleste al sujeto entrevistado.

3.—Deberá haber desde luego silencio absoluto de preferencia, para que el entrevistado se sienta tranquilo y pueda de esta manera concentrarse lo más que le sea posible antes de dar su respuesta. Poder conseguir silencio absoluto es casi imposible; por lo que basta que haya poco

ruido para que se lleve a cabo la entrevista sin que el sujeto se distriaga.

4.—La ventilación del lugar donde se lleva a cabo la entrevista es también sumamente importante.

5.—Deberá existir en el cubículo una temperatura agradable y constante que fluctúe entre los 18° aproximadamente.

6.—El entrevistador deberá proporcionar al entrevistado un lugar cómodo con el menor número de estímulos ya que éste al sentirse a gusto podrá exponer más fácilmente su caso al entrevistador. Desde luego es importante que el entrevistador se encuentre también cómodamente sentado, ya que así le será más fácil conducir la entrevista y responder a las preguntas del entrevistado.

7.—Toda entrevista deberá llevarse a cabo únicamente entre el entrevistador y el sujeto entrevistado, evitándose la presencia de terceras personas que puedan cohibir al paciente al grado tal que este se niegue a contestar lo que se le pregunta.

Se le brindan al sujeto entrevistado todos los requisitos antes mencionados y se ve de qué manera los utiliza. El entrevistador deberá empezar a acumular datos de la actitud del sujeto entrevistado desde el preciso momento en que el paciente toca la puerta del consultorio o lugar donde se realice la entrevista. Debe notarse si el paciente llegó puntual, si llegó antes de la hora que se le citó o se retrasó, si viene solo o acompañado. Deberá verse también cómo entra, si claudica o no al caminar si viene por su propio pie o ayudado; si saluda, de qué manera lo hace, si se sienta inmediatamente o si espera que se le ofrezca asiento.

El entrevistador deberá tener siempre presente que no debe estimular al entrevistado solamente en casos in-

dispensables y cuando él lo juzgue necesario, ya que si se le estimula constantemente el paciente responderá entonces al estímulo y no expresará su vida instintiva. El entrevistador cuando haga una pregunta deberá hacerla de tal manera que no influyan las respuestas del paciente, las preguntas nunca deberán ser sugestivas ni negativas.

Si el entrevistador es capaz de controlar todas las variables que se presenten en la situación de entrevista, será también capaz de llevarla a cabo en cualquier lugar, aunque éste no reúna los requisitos adecuados. Esto se logrará única y exclusivamente con estudio de la técnica de entrevista y mientras más práctica se tenga.

En las preguntas orientadas, el entrevistador puede darse cuenta si el paciente responde o no a los estímulos reales, saber si existe o no relación entre el estímulo que se le da a la respuesta que da el entrevistado. De esta manera el entrevistador se dará cuenta si el sujeto entrevistado es una "persona normal", es decir, se verá si guarda o no relación adecuada con la realidad en que vive. Si es un sujeto neurótico su realidad estará un poco deformada, en este tipo de pacientes existe una tendencia a deformar de la realidad aquello que les molesta, lo que no quieren ver, lo que les angustia. En caso de existir una pérdida completa de la realidad el entrevistador estará frente a un paciente psicótico.

Todo entrevistador tiene la obligación de clasificar e integrar los datos proporcionados por el sujeto entrevistado en la historia clínica. Una entrevista será válida siempre y cuando se registre en ella la fecha en que fue realizada, (día, mes y año).

En resumen los pasos que deben seguirse en una entrevista son:

- 1.—Tomar los datos del entrevistado.
- 2.—Clasificarlos.

- 3.—Compararlos.
- 4.—Integrarlos.
- 5.—Interpretarlos.

### ESQUEMA Y DIVISION DE UNA ENTREVISTA PSIQUIATRICA

- 1.—Ficha de identidad.
- 2.—Descripción general del problema del paciente.
- 3.—Estado actual o enfermedad actual.
- 4.—Historia familiar.
- 5.—Historia personal.
- 6.—Conclusiones.
- 7.—Diagnóstico.
- 8.—Pronóstico.
- 9.—Tratamiento o tipo de terapia a seguir.

### ESQUEMA DE UNA ENTREVISTA PSIQUIATRICA

#### 1.—FICHA DE IDENTIDAD.

En la ficha de identidad deberán consignarse el lugar y fecha en que se efectúa la entrevista o serie de entrevistas:

El nombre del paciente, su edad, sexo, estado civil, nacionalidad, ocupación, escolaridad, domicilio, teléfono, persona que lo refiere, domicilio y teléfono de esta persona, breve descripción física del paciente, nombre de la persona que hace el estudio.

El nombre es muy importante ya que juega un gran papel en el proceso de socialización.

La edad nos indica su grado de dependencia y el entrevistador podrá darse cuenta también del tipo de problemas característicos de cada etapa de desarrollo.

La ocupación y escolaridad, nos da el nivel intelectual, cultural, social y económico que son vitales en la vida de relación del entrevistado.

En la descripción física del paciente: deberá observarse de qué manera toca la puerta, su aliño personal, sus mannerismos, la pigmentación de la piel, la calidad de su ropa ya que ésto puede ser un indicio de su nivel económico, etc.

## 2.—DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

En este punto deberán consignarse los motivos y circunstancias por las cuales el paciente viene a consulta. Se hará una enumeración de los principales síntomas del padecimiento del enfermo anotándose si principiaron de una manera súbita o lentamente; se hará una descripción breve del cuadro ambiental en que se ha desarrollado la enfermedad.

## 3.—ESTADO ACTUAL.

En este punto quedarán consignados el tiempo de la enfermedad, si había o no sentido el paciente síntomas anteriores a los actuales; a qué se atribuye la enfermedad; síntomas y signos de la misma; antecedentes emocionales que la producen.

## 4.—HISTORIA FAMILIAR.

El hombre es el resultado de su herencia y de sus posibilidades genéticas, que darán la constitución, ésto dará como resultado una manera específica de responder a los estímulos, que obrando en función del carácter y en rela-

ción con el medio darán como resultado un tipo determinado de personalidad.

En la evolución del hombre, primero está su herencia y luego su gestación. Es por ésto que todo estudio deberá estar siempre integrado por la parte genética y también por la dinámica; si falta uno de los dos puntos anteriores se estará estudiando simplemente un aspecto fenomenológico. Toda la evolución depende de la genética y de los factores que han integrado el carácter y la personalidad; la unión de todos éstos produce la dinámica.

Hay enfermedades hereditarias, pero también es innegable que el medio ambiente contribuye o puede contribuir a condicionarlas o a desencadenarlas de una manera decisiva, produciendo trastornos de carácter y personalidad y a veces problemas de tipo psicótico.

La historia familiar deberá comprender la historia completa de los miembros de la familia del paciente: el padre, si vive o si ha muerto, si este es el caso de qué murió; la madre, si vive (o de qué murió); en este punto no debemos olvidar lo que al respecto dicen Meninger y Noyes-Kolb que es más importante anotar qué edad tenía el paciente cuando sufrió la pérdida o la separación de alguno de sus progenitores o de alguna figura significativa para él, más qué edad tenía el progenitor cuando murió o se separó del paciente por diversas causas (divorcio, guerra, enfermedad, etc.).

Deberá ponerse también el número de hermanos y qué lugar ocupa el paciente entre ellos. Cómo es la relación con su familia, qué opinión tiene sobre los miembros que la forman. Cuáles han sido sus influencias ambientales y familiares. Deberá investigarse si ha habido deficiencia mental o enfermedades de este tipo en líneas directas o colaterales, las constituciones antisociales, excentricidades, neurosis, psicosis, convulsiones, heredo de generaciones familiares, apoplejías y parálisis, enfermedades venéreas principal-

mente sífilis, cáncer, tuberculosis, enfermedades del corazón nefritis, diabetes, etc.

## 5.—HISTORIA PERSONAL.

La historia personal comprende los antecedentes, el desarrollo o pautas de desarrollo del paciente entrevistado, los antecedentes patológicos y no patológicos del entrevistado. Desde el embarazo del cual él, es producto, hasta el momento en que está siendo realizada la entrevista.

### ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

En este punto deberán quedar consignados el embarazo y el parto del cual procede el paciente; la primera infancia que comprende desde el nacimiento hasta los dos años, aunque la mayoría de los autores la consideran hasta el año y medio denominándola también etapa de lactancia; la etapa preescolar, ese período de la vida, se considera como el que transcurre desde el año y medio hasta los seis años de edad, la etapa escolar, este período comprende aproximadamente de los seis a los doce años en los varones y de los seis a los diez años en las niñas, este período recibe también el nombre de "etapa de latencia", o "edad de las pandillas". Se llama período escolar, porque es una buena época para el aprendizaje e información de lo que la escuela tiene que enseñar; etapa de adolescencia, se considera que esta edad tiene límites cronológicos variables. Desde el punto de vista somático, se inicia con la irrupción al torrente circulatorio de las hormonas sexuales que ocasionan manifestaciones somáticas correspondientes. La psicología acepta este fenómeno como un momento fisiológico y lo considera el principio de la adolescencia, ya que el interés sexual y su correspondiente maduración emocional caracterizan esta etapa. El término de este período es variable, iniciándose a continuación la vida del adulto joven.

En esta época es muy importante considerar el fenómeno de transformación de la identidad personal, y la relación con la identidad de los padres y la familia.

Sullivan considera que la adolescencia se caracteriza por la aparición del dinamismo “de herogeneidad”.

Por último se consignarán las pautas de ajuste a la vida adulta, los intereses vocacionales, sociales y el desarrollo sexual.

## EMBARAZO Y PARTO

Estos dos aspectos tienen gran importancia porque desde antes del nacimiento se empiezan a desarrollar tanto el aspecto somático como el psíquico, conjugándose y dando lugar al desarrollo psico-social posterior del individuo.

El embarazo o parto, difíciles pueden ser ocasionados por trastornos orgánicos o psicológicos de la madre influyendo de una manera definitiva en el ser en gestación; por este motivo es de suma importancia considerar si el parto del cual procede el paciente fue eutósico (normal) o distósico (parto difícil), complicaciones, anorexis, si se utilizaron o no forceps, etc.

La lactancia, la dentición y la deambulación tienen también suma importancia ya que denotarán las pautas de conducta y el tipo de socialización a que fue sometido el sujeto entrevistado; ésto es muy importante ya que es en estos momentos precisamente donde empieza a integrarse el carácter del individuo y cualquier retraso en alguno de estos aspectos hace pensar en un desarrollo anormal.

Deberán consignarse también todas las enfermedades que haya padecido el paciente durante su infancia (enfermedades propias de esta etapa de desarrollo).

Se consignará también todos los análisis anteriores que se le hayan efectuado al paciente incluyendo su tipo de sangre.

## ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Este punto comprende las fiebres eruptivas (sarampión, tosferina, rubeola, viruela, etc.) los padecimientos gástricos serios, los procesos de tipo infeccioso, los traumatismos craneales, las intervenciones quirúrgicas a las que ha sido sometido el paciente, tifo, pulmonía, tifoidea, estado de estupor y convulsiones al tener temperatura muy altas y sostenidas; y si existen o han existido en el paciente algún tipo de enfermedad de las denominadas psicósomáticas.

En este punto deberán estudiarse también los ELEMENTOS PROCESUALES:

- a).—Sensación.
- b).—Percepción.
- c).—Atención.
- d).—Memoria-olvido.
- e).—Imagen-imaginación.
- f).—Pensamiento-razonamiento.
- g).—Representación, concepto y conocimiento.

Se estudiarán la orientación del paciente en las tres esferas (tiempo, lugar, persona). El contenido del pensamiento, su tipo de lenguaje, su afectividad, su conducta, sus mecanismos de compensación y de defensa, sus proyecciones, su personalidad.

Es por medio de los elementos procesuales que nos podremos dar cuenta del estado mental del paciente; su orientación deberá estar de acuerdo a la realidad con respecto al tiempo, al espacio y a su persona; por medio de su lenguaje nos daremos cuenta de su nivel cultural y de su escolaridad al igual que del tipo de educación que el paciente ha recibido.

## 6.—CONCLUSIONES.

La historia clínica empieza a ampliarse desde el preciso momento en que el paciente llega al consultorio hasta el momento de llegar a la conclusión después de haber resuelto todos los pasos anteriores hasta llegar a la conclusión y al esquema de un tratamiento.

## 7.—DIAGNOSTICO.

En este punto quedarán anotados el síndrome del cual adolece el paciente su predisposición a éste, las principales causas precipitantes; y su grado de incapacidad.

## 8.—PRONOSTICO.

Con todo lo anterior se podrán pronosticar o predecir sobre el desarrollo de la enfermedad.

## 9.—TRATAMIENTO.

Corresponderá al médico psiquiatra o bien al psicoterapeuta según el caso, decidir el tipo de tratamiento con psicofármacos, los que serán recetados por el psiquiatra; o bien el tipo de terapia que será aplicada al paciente por el psicoterapeuta.

En algunos casos se utilizan ambos tipos de tratamiento.

## **ESQUEMA DE ENTREVISTA PSIQUIATRICA**

### 1.—Ficha de identidad.

Nombre:

Edad:

Estado Civil:

Lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Ocupación:

Religión:

Escolaridad:

Responsable Nombre:

a) Fecha de ingreso:

b) Fecha de elaboración de la Historia Clínica:

a) Dirección del Responsable:

b) Teléfono:

## 2.—Fuentes de información.

Generalmente es el paciente quien da todos los datos, si otros datos son obtenidos por medio de familiares, algún otro médico, enfermeras u otras fuentes, deberán consignarse. Se dará también una opinión sobre las fuentes de información.

## 3.—DESCRIPCION BREVE DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

¿Qué motivó su internación? En este punto deberán enumerarse brevemente los principales síntomas del padecimiento del enfermo.

## 4.—HISTORIA PERSONAL.

a).—Nacimiento y desarrollo temprano, trastornos de la madre durante el embarazo. Condiciones del parto. Edad de aparición de la dentición, marcha y lenguaje. Situación del medio familiar durante el nacimiento del paciente. Relación entre los padres, si se deseaba al hijo o no, trato hacia el mismo, reacción de los padres si sus esperanzas fueron frustradas, es decir, si esperaban un varón y tuvieron una niña cuáles fueron sus reacciones.

b).—Educación: cuántos años tenía el paciente cuando ingresó a la escuela, cuántos años tenía cuando la ter-

minó, cómo eran las relaciones con sus compañeros, el trato con sus maestros, si tuvo o no dificultades para el estudio, si hubo deserción, etc.

c).—Historia ocupacional: diversos trabajos desempeñados por el entrevistado, duración de los mismos, causa de separación, sueldos, puntualidad, pereza, rutina, originalidad, vagancia, sentimientos positivos o negativos hacia el trabajo que desempeña actualmente, hacia sus compañeros o jefes.

d).—Rasgos de la personalidad: sociabilidad, amistades íntimas, actitud hacia su propio sexo y hacia el sexo contrario, adaptación a su medio ambiente, prominencia social. Características específicas del estudiado como son: las fluctuaciones emocionales y la opinión del paciente sobre otros aspectos, así como la de otras fuentes de información con respecto al entrevistado.

e).—Intereses recreacionales y culturales: juegos y deportes, su participación en ellos, su éxito, si sacrifica o no su responsabilidad por ellos.

f).—Religión: clase de religión; opinión sobre ella. Aquí debe investigarse si el paciente ha tenido un apego repentino a la religión, revelaciones, o bien si se ha alejado bruscamente de la religión que practicaba.

g).—Hábitos y tendencias antisociales:

1.—Tabaquismo, alcoholismo, drogas, sueño, apetito, etcétera.

2.—Arrestos, períodos de prisión, mentira, robo, engaño, asesinato, intento de suicidio, etc.

Deberán investigarse si estas condiciones existen como se han desarrollado y la reacción del paciente ante estos hechos así como también la actitud de los familiares ante esta posición del enfermo.

h).—Historia sexual: información que el paciente ha tenido desde niño con respecto al sexo, qué opinión tiene sobre él, edad de la aparición de la menstruación, ritmo, y duración de la misma, embarazos, partos, menopausia, masturbación, homosexualidad, primera experiencia heterosexual, edad y circunstancias en que fue realizada, frecuencia, e imagen mental durante el coito, perversiones sexuales, su actitud hacia ella.

i).—Historia marital: condiciones del matrimonio, intereses económicos y sociales, cariño mutuo entre los cónyuges, edad de ambos cónyuges al contraer matrimonio, abortos, hijos ilegítimos, características de las relaciones conyugales, afecto, bondad, actitud dominante, sumisión, celos, frigidez, impotencia, irritabilidad, satisfacción sexual (orgasmo), actitud ante los hijos, etc.

j).—Historia clínica y hospitalizaciones anteriores: antecedentes individuales patológicos y de personalidad del entrevistado; enfermedades anteriores que haya padecido en especial traumatismos que hayan tenido como consecuencia jaquecas, vómitos, convulsiones, hemorragia, etc.

Se investigará también si existen hipersomnio, constipación, trastornos transurinarios, terrores nocturnos, persistencias, sonambulismo, se le preguntará al paciente si se muerde las uñas o en alguna época de su vida lo hacía, al igual que si se chupaba el dedo y hasta qué edad lo hizo, mal humor persistente, cambios bruscos de humor, y algunas otras manifestaciones de orden sistemático.

k).—Historia de enfermedades venéreas: blenorragias, sífilis, su antigüedad, tratamiento y actitud emocional del paciente si es que ha padecido este tipo de enfermedades.

l).—Enfermedades mentales previas que haya habido en la familia del paciente ya sea en línea directa o colateral o bien si el paciente ha presentado en otra época de su vida algún padecimiento de este tipo; se anotará la historia de

ellas, la terapéutica recibida, su durabilidad y si hubo o no necesidad de hospitalización.

## 5.—HISTORIA FAMILIAR.

### **EL PROBLEMA DE LOS ENFERMOS MENTALES**

La enfermedad de la mente tiene muchas variantes de grado y cualidad. Podemos en general decir que hay desajustes emocionales menores que simplemente hacen infeliz al individuo y le dificultan sus relaciones con los demás.

Si la situación es más grave se originan las llamadas neurosis que pueden adoptar muchas formas pero casi todas acompañadas de angustia, de origen no conocido por el enfermo, y que les da a veces la inminente sensación de que se van a morir.

Otras veces los pacientes no pueden evitar que se les fijen pensamientos o ideas que tampoco pueden quitarse de encima si no se manejan con reflexión y buena orientación psiquiátrica.

Otras veces hacen parálisis de brazos o piernas, o dejan de hablar.

Si la situación es más grave, el enfermo empieza a desconectarse de la realidad, a interpretar equivocadamente todo lo que pasa a su alrededor, a ser muy susceptible a las críticas o por el contrario a volverse apático, aislado de los demás, a no querer comer.

Otras veces empieza a escuchar voces, a tener visiones, o a creer que lo persiguen. En algunas ocasiones cae en estados de depresión en los que se siente culpable de todos los males que le pasan a la humanidad, otras por el contrario se vuelve juguetón, verborrérico, con gran inquietud psicometriza.

En estas últimas situaciones decimos que el paciente es un psicótico es lo que vulgarmente se llama “loco”.

La mayor parte de los desajustes emocionales incluyendo a las neurósisis tienen entre sus motivos la frustración o la insatisfacción de las necesidades emocionales básicas del individuo. En cambio, las psicosis están en parte relacionadas con ese mismo aspecto y en partes tienen su origen en factores múltiples; heredados o constitucionales infecciosos, traumas craneanos, y otros trastornos orgánicos.

Los enfermos mentales bien atendidos pueden curarse en un 80% de los casos en un período de 2 a 3 meses de tratamiento, sin embargo si la familia lo oculta y ahoga la posibilidad de su atención el enfermo puede hacerse crónico y estar destinado al deterioro y a pasar largas temporadas encerrado en un Hospital para Enfermos Mentales.

A veces, a pesar de su cronicidad si los enfermos mentales son manejados en Hospitales Granja de Rehabilitación pueden reajustarse socialmente para trabajar y para convivir con los demás, aun cuando no estén totalmente curados. De todos modos es muy importante que cuando una persona empieza a manifestar un trastorno de los ya descritos, de inmediato debe ser atendido por el médico capaz de curarlo, pues día que se retrasa su tratamiento, día que se aparta para la posibilidad de recuperación total.

Los enfermos mentales no son diferentes a los demás enfermos. La medicina actual permite controlar cualquier tipo de excitación, de modo que ya no se usan las “camisas de fuerza” ni otros medios de sujeción.

Deben olvidarse todos los prejuicios respecto de los enfermos mentales y brindarles la oportunidad inmediata de ser curados, con el debido trato humano que requieren.



# Capítulo III

**Casos Clínicos (5 Entrevistas Psiquiátricas).**

## C A S O I

### HISTORIA CLINICA

Agosto 16 y 18, 1967.

#### 1) FICHA DE IDENTIDAD:

NOMBRE: Gabriel C. S.

EDAD: 24 años.

SEXO: Masculino.

ESTADO CIVIL: Soltero.

OCUPACION: Soldado de infantería, ingresó en el ejército en 1960.

ESCOLARIDAD: Primero de primaria.

RESIDENCIA: Nochixtlán, Oaxaca.

RELIGION: Católico.

PROCEDENCIA: Batallón 18o. con matriz en la Ciudad de Oaxaca, con actividad desde el 17 de mayo de 1960. Ingresó al Hospital por primera vez el 11 de febrero de 1967.

Reincidiendo el 8 de abril de 1967.

Fecha de salida del Hospital 19 de julio de 1968.

FUENTE DE INFORMACION.—El paciente.

## 2) DESCRIPCION BREVE DEL PACIENTE.

El paciente de rasgos indígenas. 1.55 Mts. de estatura, complexión robusta, tendencia a la obesidad, 65 Kgs. de peso aproximadamente.

Representa la edad que tiene.

Es moreno de pelo lacio y negro.

Se presentó a las 2 entrevistas en ropa de hospital, limpio y al parecer íntegro físicamente, viene por su propio pie.

## 3) DESCRIPCION BREVE DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

Reincidente, presenta trastornos del juicio, alucinaciones visuales, auditivas, táctiles y delirio de persecución; ideas de referencia e ideas mágicas.

Sus faces son las de un individuo suspicaz con agitación motora. Su lenguaje es rápido y alude constantemente a "personas que lo persiguen". Es cooperador, está orientado en las tres esferas de la sensopercepción (persona, tiempo y lugar). El paciente se mostró durante las entrevistas sumamente nervioso. Su actitud para conmigo fue respetuosa. Estuvo en una constante agitación motora.

El presente estudio fue realizado en 2 entrevistas con el paciente de 30 minutos cada una. En el Hospital Central Militar.

## 4) DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

Según información que da el paciente, empezó a tener problemas con sus familiares por "asuntos de herencia" de su padre.

Refiere el paciente que desde hace tres meses se le "alteraron los nervios por no haberle dado dinero a su

mamá", molestándose ésta con él; por lo que el paciente tuvo que pedirle perdón prometiéndole que desde ese momento en adelante le daría a ella todo lo que ganara. Refiere el paciente que desde que esto sucedió la madre y sus hermanos, tratan de hacerle daño, quisieran verlo hecho "pedazos" esta idea la tiene continuamente, no dejándolo dormir viendo además numerosos enemigos que tratan de hacerle daño, todo esto le produce insomnio.

Constantemente piensa en vengarse, pero al mismo tiempo dice: "esto no es correcto porque la paz de Dios se le concederá". Se siente protegido en el cuartel. Lo mismo en el Hospital donde dice: "soy bien recibido".

Posteriormente presentó problemas con sus compañeros en el ejército.

Sentía odio hacia la gente y comenzó a pelear con sus compañeros y superiores.

Posteriormente comenzaron a atacarlo sus compañeros, de repente "siente" ansias que le van subiendo al cerebro, "no dormía más que a la puesta del sol" al no dormir no podía rendir en el trabajo.

Iba a suicidarse "porque no le hacía falta a nadie", tenía preparada la pistola en su cuarto. Su superior lo convenció de que no lo hiciera utilizando para ello la religión, diciéndole que "eso era pecado, que se acercara a Dios". El paciente dice que se arrepintió "tuve un momento de razón". (1a. causa de internamiento en febrero 11 de 1967).

Se enamoró de una muchacha del pueblo que tenía fama de bruja. Una noche cuando no podía dormir porque estaba inquieto, comenzó a percibir malos olores que salían de debajo de su casa, se asomó y vió que era un perro. Pensó que era la muchacha que se había convertido en nagual para hacerle daño y que si no la mataba los malos olores lo matarían a él. Metió al perro en un costal y lo azotó

contra el suelo hasta matarlo, sintiéndose más tranquilo por haberse liberado del nagual.

Presentó ideas de persecución, decía que todos los policías y gente de Oaxaca junto con su madre y hermano mayor lo perseguían para hacerle daño. Se sentía perseguido por todos los fotógrafos de Oaxaca a los cuales la madre había entregado una foto del paciente; (al relatar esto, muestra la fotografía en la cual aparece con uniforme del ejército).

Lo perseguían para quitarle el dinero y por envidia, al reclamarle a su mamá, su mamá le contestó "Que si la envidia fuera tiña cuántos tiñosos habría". Posteriormente trata de encubrir la actitud de la madre, diciendo que era buena.

Sus amigos le querían hacer daño. Los ruidos lo irritaban sobre manera, le molestaba el calor. Oía la voz de un hombre desconocido que le decía que era un tonto y un "pendejo".

Cuando estaba acostado sentía que alguien le oprimía el vientre y el muslo derecho. (Causas de su reincidencia en febrero de 1967).

## 5) HISTORIA PERSONAL.

Se trata de un soldado de infantería Gabriel C. S. de 24 años de edad, soltero de raza mestiza, que cursó alta en el ejército el 17 de mayo de 1960 y que ingresó a este hospital el 10 de febrero de 1966, por presentar trastornos de conducta y del juicio, alucinaciones visuales y auditivas.

El paciente es el quinto hijo de una familia campesina, compuesta por el padre, de oficio policía, el cual según el paciente es "buena persona" y siempre lo ayuda y la madre dedicada a las labores del hogar, quien también es experimentada por el paciente como una persona bondadosa y

cariñosa. Las relaciones con sus hermanos son cordiales “con ellos me llevo hermanablemente”.

El paciente cursó solamente el primer año de la primaria dedicándose después a la agricultura como jornalero hasta que se dió de alta en el ejército.

Los primeros recuerdos que tiene el paciente son a partir de los 3 años.

Ignora cómo fue el parto del cual procede dice “no sé a lo mejor fue bien” recuerda el paciente que a partir de los 3 o 4 años de edad, imaginaba ver figuras de animales, sentía miedo y angustia cuando lo dejaban solo por períodos largos de 6 a 7 horas durante el día, mientras su padre se iba a trabajar y sus hermanos al colegio, la madre aprovechaba para ir al mercado o al río a lavar la ropa y traer agua. Recuerda con terror sus alucinaciones y miedos que tenía de pequeño.

Dice que entre los 5 y 7 años desapareció casi totalmente el miedo porque ya no imaginaba “cosas espantosas o sospechosas de la naturaleza”. (Lo que ocurrió con el paciente es que soñaba despierto y de vez en cuando alucinaba).

A partir de los 8 años fue pastor, ayudando a su padre en las labores del campo, desapareciendo durante esta época los sueños y las distorsiones senso perceptivas.

El paciente tuvo que realizar desde muy pequeño labores muy pesadas para su edad; a los 8 años el padre se lo lleva al campo para que lo ayude obligándolo a cuidar dos asnos y una vaca de su propiedad; el paciente aprecia que desde esta época le era sumamente difícil comprender las órdenes que se le daban, si tenía que ejecutar algún trabajo lo hacía muy lentamente, sin ganas, pensando en cosas inútiles”; por ejemplo: el jugar con sus hermanos cosa que frecuentemente hacía y que motivaban el disgusto de sus padres y de su hermana mayor la cual en una oca-

sión lo descalabró con una piedra, aunque el paciente sintió rabia y deseos de golpearla prefirió acusarla con sus padres, los cuales no le hicieron caso y ni siquiera "le pegaron a ella".

Afirma que cuando mejor se sentía era cuando jugaba y no trabajaba ya que de esta manera desaparecía el "cuerpo molesto". (Al preguntársele al paciente qué sentía cuando se refiere al "cuerpo molesto", responde "me sentía cansado y aflojado, de repente veía algo horrible que me daba miedo o que me hacía daño, a veces me desmayaba y cuando volvía me sentía desganzado"). Como más tarde se comprobó con el examen mental y neurológico el paciente sufre desde pequeño ataques epilépticos, precedidos de aura visual, seguida de pérdida del conocimiento con convulsiones clónico tónicas. "Fase Tónica".

La pérdida de la conciencia es repentina y completa. El paciente cae inmediatamente, y como rara vez tiene oportunidad de protegerse, puede sufrir lesiones graves al caer. Ya inconsciente toda la musculatura voluntaria presenta una contracción continua, y permanece en esta fase tónica de diez a veinte segundos. Los músculos del tórax se contraen a menudo al mismo tiempo que los de la laringe; de aquí que el aire se expulsa violentamente y produce el sonido peculiar que se conoce como grito epiléptico. Al principio la cara está pálida, pero conforme se contraen los músculos en forma rígida, se ingurgetan las venas superficiales. Al mismo tiempo se fija el tórax y cesa la aereación de la sangre, lo cual aumenta la cianosis en la cara. Durante esta fase tónica y un período variable que le sigue, las pupilas se dilatan, no reaccionan a la luz y al reflejo corneal está ausente. Se encuentra Babinsky positivo y ausencia o disminución de los reflejos tendinosos durante la contracción muscular generalizada, es frecuente que se vacíe la vejiga y en ocasiones el recto.

( 1 ) “Fase Clónica”

“La etapa tónica va seguida de contracciones musculares intermitentes o clónica, al principio rápidas y después con frecuencia cada vez menor. Si en esta fase la lengua queda entre los dientes durante su relajamiento puede producirse una mordida durante la siguiente contracción clónica. Cuando reaparece la respiración, la saliva que no podía deglutinarse se mezcla con aire y aparece en forma de espuma a veces teñida con sangre”.

A los 11 años aproximadamente empezó a masturbarse, pensaba que estaba mal hecho y se sentía débil, atontado por alto interno, sentía que “le ardía la cabeza por dentro”. Dejó de hacerlo a los 13 años.

Cuando se masturbaba pensaba en cómo se “hacía uso de una mujer”. Dice que sentía muy poca satisfacción.

El quería seguir estudiando pero como debía contribuir a la economía familiar a los 14 años tuvo que ponerse a trabajar como peón de albañil.

A los 17 años se dió de alta en el ejército para tener un **INGRESO SEGURO**, esto se lo aconsejó su hermano mayor, diciéndole que ahí estudiaría pudiendo mantenerse así mismo y a sus padres.

Reprimió sus impulsos masturbatorios de tal manera que el calor le impedía dormir bien, lo excitaba y lo hacía soñar con mujeres cosa que le provocaba poluciones nocturnas, en estas condiciones permaneció hasta los 20 años en que la pasó haciendo recorridos por la “Costa Chica” hasta que obligado por sus trastornos achacados al clima, consiguió el cambio de la compañía de armas de apoyo que ya no efectúa recorridos. Con lo cual empezó a sentirse un poco mejor, sin embargo posteriormente el frío le hacía experimentar sensaciones parecidas a las que le producía

---

(1) Noyes y Kolb.—“PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA”.—La Prensa Médica Mexicana, editorial.—México 1966.—Tercera edición, Capítulo 16, página 272.

el calor. A los 20 años sufrió de una metritis gonocócica poco después de haber iniciado su vida heterosexual; fue tratado de inmediato con 3 ampollitas de penicilina, y al parecer no hubo consecuencias. En diversas ocasiones presentó erección incompleta, especialmente cuando tomaba (3 mezcales o 5 cervezas) o porque se sentía débil dada la mala alimentación que recibía. Por todos estos motivos empezó a sentirse débil y a sudar excesivamente; todo ello lo obligó a suspender las relaciones heterosexuales a los 22 años. Poco después inició su padecimiento actual. Como soldado considera que ha sido respetuoso y obediente, fiel, apegado al cumplimiento del deber, con los superiores y los compañeros privan las relaciones por el respeto, habiéndose indocinado en la filosofía de la instrucción y considerando que el cuerpo es una gran familia en la que debe prevalecer la amistad y la tolerancia como instrumentos de concordia, aun cuando se hizo incapié, niega fumar marihuana e intoxicarse con el alcohol; afirma que el cigarrillo le hace mal, lo mareo y lo debilita; cada 10 o 20 días ingiere hasta 3 mezcales o hasta 5 cervezas con lo cual ya se siente un poco ebrio pero no descontrolado; suspende la ingestión y se va acostar como lo hacía su padre, los aspectos negativos del ejército, consisten en la mala alimentación y el clima caluroso que debe soportar en las partidas; ha tenido un total de 6 boletas de arresto por omiso en el servicio; cuando se le olvidan algunas de las consignas dadas; al parecer ninguna de estas fallas ha sido importante. En noviembre de 1965, conoció a una muchacha de 20 años de edad que le gustaba y a quien trató de hacer su novia, como ella se negó protestando otro compromiso, decidió no volver a insistir y así cuando la chica se halló libre y le fue a buscar él prefirió no hablarle. A estas alturas el paciente ya empezaba a sentirse más enfermo. Es adicto al Gobierno y a la Reglamentada vida militar; aspira estudiar dentro del ejército, desea no ser dado de baja y gusta de ser espectador en los bailes. Practica el basquet y el volibol. Es católico no practicante. Actualmente dice sentirse bien y niega haber tenido alucinaciones.

## 6) HISTORIA FAMILIAR.

La familia del paciente es muy humilde, de condición campesina.

Sus padres viven. Fueron 9 hermanos; él es el quinto de ellos.

Al preguntársele como son sus relaciones con ellos el paciente proporcionó datos muy escasos referentes a su familia.

### PADRE.

Amado C. 43 años, vive.

Durante la infancia del paciente su padre se dedicaba a las labores del campo, actualmente trabaja como policía en la ciudad de Oaxaca.

Al preguntársele como son las relaciones con su padre responde: "De chiquillo me hacía trabajar mucho, me pegaba porque cada rato se emborrachaba".

El padre ha sido siempre adicto a ingerir bebidas alcohólicas, presentando conducta agresiva con su esposa e hijos, después de maltratarlos se dormía, (pauta de conducta que el paciente repite cada vez que él ingiere bebidas embriagantes).

Dice el paciente me trataba como "hijo", al decirle que explique cómo, responde "bien finalmente bien".

### MADRE.

Gregoria Dolores S. de C., 35 años, vive.

Se dedica al trabajo del hogar.

Recuerda el paciente que cuando era chico su madre lo trataba "bien", "cuando me portaba mal, me pegaba para que aprendiera, como todos los niños". En realidad el pa-

ciente no recuerda muy bien la figura de su madre durante su infancia, nunca recibió los cuidados adecuados por tratarse de una familia numerosa y de condición muy humilde, el paciente relató en su historia personal que desde muy pequeño era dejado solo durante períodos muy largos de tiempo los cuales él pasaba soñando.

Los recuerdos que tiene de su madre son siempre de tipo agresivo, la recuerda como una figura que nunca le proporcionó cariño ni atención suficientes y solamente recuerda que le hacía daño. “Quería verme muerto, no me quería”. “Actualmente (refiriéndose aquí a su madre), ha recobrado la calma, ya que sólo quería verme bajo la tierra si era posible”.

El paciente dice esto ya que desde niño estuvo enfermo causándoles a sus padres preocupación y molestias por la condición económica precaria y la falta de educación y cultura de la familia el paciente recibía reproches y malos tratos de parte de sus padres y hermanos, en lugar del tratamiento y cariño adecuados que él necesitaba lo que contribuyó a agravar el padecimiento.

Acerca de la figura materna el paciente dice actualmente que “era bondadosa y que lo trataba bien como su padre”. El paciente tiene una pérdida absoluta de afectividad lo cual es característico de su enfermedad y hace que se contradiga a este respecto.

El matrimonio procreó 9 hijos: 6 mujeres y 3 hombres. Actualmente viven 7 solamente.

1.—María.—Es sirvienta, viuda con un hijo, actualmente vive con sus padres.

2.—Marronio.—Es sargento, fué quien le aconsejó al paciente darse de alta en el ejército.

3.—Eugenia.—De 20 años estudia 6o. año de primaria.

4.—Salvador.—Se ocupa de trabajos.

5.—El paciente.

6.—Nicolasa.—Murió al nacer.

7.—Gregoria.—Trabaja como sirvienta en la ciudad de México.

8.—Humberto.—Tiene 8 años, vive con los padres y estudia primero de primaria.

9.—Zenaida.—Tiene 5 años de edad y esta en la casa con sus papás, ayuda a su mamá en algunos quehaceres.

Las relaciones del paciente con sus hermanos son cordiales, el paciente dice "hermanables" y que con la que mejor se lleva es con María a pesar de ser esta hermana quien lo descalabró cuando eran niños.

#### CONCLUSIONES.

Al estudiar los antecedentes causales de la enfermedad del paciente se concluye que ésta ha sido motivada por causas orgánicas congénitas (epilepsia) que al unirse a las circunstancias ambientales en las que se desarrolló el paciente desencadenaron el padecimiento.

#### DIAGNOSTICO.

El paciente presenta un Brote Psicótico con características agudas en una personalidad mal estructurada con elementos psicóticos antiguos. REACCION ESQUIZOFRENICA DE TIPO PARANOIDE.

#### PREDISPOSICION.

Personalidad pasivo-agresiva de tipo pasivo dependiente **causa externa precipitantes**. Las relaciones posibles con la mujer que lo "embrujo", el hecho de no enviarles dinero a sus padres, las variaciones de temperatura, etc.

Da la impresión de que cualquier estímulo le puede provocar una nueva quiebra.

## EXAMEN MENTAL.

### ELEMENTOS PROCESUALES

a) El paciente se encuentra orientado en las tres esferas sensorio-perceptivas (persona, tiempo y lugar).

b) Su atención es bien dirigida.

c) Alucinaciones visuales y auditivas continuas.

d) No ha tenido sentimientos de extrañeza despersonalización.

e) Intelecto.—Su memoria retrógrada y anterógrada se encuentran alteradas.

Conocimiento en relación con su escolaridad (1o. de primaria). El curso de su pensamiento es lento, ilógico, incoherente.

El contenido del mismo es confuso, con ideas delirantes, tipo paranoide. Padece bloqueos con circunstancialidad.

f) Juicio y autocrítica alterados, con tendencia a la justificación.

g) Su afecto es inadecuado, el humor prevaleciente es sombrío, existiendo cierta apatía en el afecto y un mucho de angustia reprimido.

h) Su conducta se caracteriza por constante agitación Psicomotriz.

### NOTA DE DEVALORACION DEL CASO

Fecha: 27-VII-67.

I.—Soldado de Infantería Gabriel C. S. de 24 años de edad, soltero, con 7 años de antigüedad en el Ejército y que reingresó a este servicio el 8 de abril de 1967, habiendo pasado previamente a la sala de Pneumología.

El motivo de su reingreso fué a consecuencia de que el Médico de su Corporación (18o. B. I. en Oaxaca) lo envió por presentar conducta anormal, con pérdida de juicio, desorientado en espacio y persona, pensamientos obsesivos e ideas de referencia, con delirios de persecución en el cual involucró al personal de Int. de la Unidad. El paciente refiere que ha tenido dificultades con su madre por problemas económicos y ha involucrado a ellos en sus delirios persecutorios, siente que tratan de hacerle daño y esos pensamientos le impiden dormir, ha presentado alucinaciones visuales, nocturnas y tiene ideas de venganza.

II.—En el capítulo de historia personal y familiar, sólo se señala que procede de un hogar humilde, de padres campesinos, siendo el 5o. de 9 hermanos. A principios de su encame el paciente consideraba que toda su familia estaba contra él; tuve oportunidad de conocer a la madre del paciente, que me dió la impresión de ser una madre positiva dentro de su medio que se preocupa por el paciente y que está de acuerdo con la idea mía de que el paciente sea dado de baja y posteriormente cuidar de él. El resto de los datos de la historia personal y familiar están ampliamente relatados en su historia psiquiátrica anterior.

III.—Padecimiento actual.—Este paciente se presentó a junta el 2-V-1966, y fué dado de alta el 18 de julio del mismo año útil, aunque se recomendó en la nota de junta de que el paciente debía permanecer tres meses más recibiendo psicoterapia orientada a darle marcos de realidad, combatiendo las costumbres mágicas y proporcionándoles límites reales a su "Yo", asimismo se recomendó el uso de fármacos para la supresión de la angustia, como diagnós-

tico de junta parece ser que no se aceptó el diagnóstico de Brote Psicóticoagudo, en una personalidad mal estructurada con elementos psicóticos antiguos, con una predisposición de personalidad pasivo agresiva, tipo pasivo dependiente y que como causa externa precipitante se señaló que las relaciones posibles con la mujer que lo “embruja”, el hecho de no enviarles dinero a sus padres, las variaciones de temperatura de la partida donde se encontraba, dando la impresión de que cualquier estímulo le podía provocar una nueva quiebra. En el estudio psicológico, se encontró un C. I. de 62, encontrando en el Wechsler francos rasgos psicóticos, severo problema de identificación percibiéndose como una figura vacía, mutilada, destruida y primitiva, habiendo una mayor relación con la figura femenina, pero es percibida como agresiva y destructora. Se señala que su conducta es una reacción a lo insatisfecho que ha permanecido en sus necesidades, que en un momento dado, está reaccionando en una actitud de reclamo, estando siempre en una situación de dependencia en la que se le dé apoyo concreto para que él lo pueda captar. Todo su manejo obsesivo lo utiliza para no caer en una desintegración total, encontrándose el paciente en una situación confusa, funcionando parcialmente con su escaso “Yo” sano, que le permite relacionarse con el medio ambiente con éxito aparente, el diagnóstico psicológico, fué de una Esquizofrenia crónica indiferenciada.

En las conclusiones de la junta se señaló la gran importancia de la génesis de su enfermedad que tienen los factores socioculturales, ya que en el juicio de la realidad falta una delimitación precisa entre lo mágico e interno y la realidad. Por tal motivo las características mágico-culturales propiciaron la dificultad para establecer la diferencia entre “Yo” y el “No-Yo”, el hambre, el calor y el frío son factores coadyuvantes que expresan la franca insatisfacción de sus necesidades básicas, llegándose a un diagnóstico de

un proceso esquizofrénico crónico, no precesual y por la presencia de angustia se consideró que podría seguir en el Ejército, ya que éste le proporciona marcos de realidad y defensas obsesivas.

### EVOLUCION A SU SALIDA DEL HOSPITAL HASTA SU REINGRESO

Al llegar a su Corp. a fines de julio de 1966, fué comisionado para construir unas casas como peón de albañil, en algunas partidas y posteriormente quedó comisionado en la Unidad Residencial Mil., de Oax., en diciembre de 1966, y su misión era hacer el aseo de todas las calles y fué en esa época cuando volvió a presentar sus ideas paranoides involucrando en su delirio persecutorio al cabo que estaba subordinado, posteriormente extendió a un mayor número de personas sus ideas persecutorias, incluyendo a su familia señalando que lo querían hacer víctima a través de maleficios espirituales.—Escuché una voz que le decía que buscara la clave de una biblioteca en donde encontró que de su misma familia iba a salir el mal, fué tratado en Sala del Sanatorio de su corporación involucrando también al personal de la misma como perseguidores y asimismo al personal de Intendencia, en esas condiciones fué remitido al hospital.

EXAMEN MENTAL.—Se trata de un adulto masculino, de baja estatura, suspicaz, diaforético, limpio, con agitación motora en las primeras entrevistas, con lenguaje rápido, orientado en las 3 esferas, con atención bien dirigida, con alucinaciones visuales y con sentimientos de extrañeza y despersonalización, con trastornos de memoria, el curso del pensamiento es rápido ilógico e incoherente y en el contenido del mismo domina sus ideas delirantes, el juicio y la autocrítica está alterada, su inteligencia impresionada como inferior al término medio y el afecto es aplanado y ocasionalmente inadecuado.

## CURSO DE SU ENFERMEDAD DURANTE SU HOSPITALIZACION

El paciente después de su nota de admisión, el médico le indicó tratamiento, primero con Largactil 300 mgs. diarios durante 10 días y posteriormente con Melleril 300 mgs. diarios. Con dicho tratamiento disminuyeron sus manifestaciones psicóticas y para el 10 de junio el paciente se encontraba más integrado, tranquilo y sin dar problemas de manejo, se le planteó al paciente su baja del Ejército como una conveniencia económica para él mismo y lo aceptó igualmente su familia. Además del Melleril que toma actualmente se le dió tratamiento con vitamínicos y el paciente se encuentra en espera de ser dado de alta con Cert. de Inut.

IMPRESION DIAGNOSTICA.—Reacción Esquizofrénica de tipo paranoide.

PRONOSTICO.—Malo.

RECOMENDACIONES.—Extender Cert. de Inut. en Primera Categoría Art. 116, y que continúe su tratamiento con psicofármacos en su Corp. mientras llega su baja y posteriormente que continúe su tratamiento en una Inst. Civil.

### PRINCIPALES DATOS: SUBJETIVOS:

- 1.—Evolución de tres años.
- 2.—Antecedente de un encame anterior en este servicio en 1966.
- 3.—Enviado por el Médico de su Corp. por presentar conducta anormal, pérdida del juicio, desorientación en espacio y persona, pensamientos obsesivos e ideas de referencia, con delirios de persecución.

4.—El paciente acusa tener pensamientos obsesivos, alucinaciones visuales nocturnas e ideas de referencia.

### OBJETIVOS:

1.—Paciente ansioso, con agitación motora en los primeros días de su encame, con lenguaje rápido, orientado en las 3 esferas, con alucinaciones visuales, sentimientos de extrañeza y despersonalización.

2.—Trastornos de memoria, curso de pensamiento ilógico, incoherente, alteraciones de juicio y autocrítica.

3.—Afecto aplanado e inadecuado. Inteligencia inferior al promedio.

II.—EVOLUCION Y TRATAMIENTO INCLUYENDO ANALISIS DE LAB.: Los exámenes de ingreso de rutina, fueron dentro de límites normales. Ingresó a la sala de Pneumología y 12 días después pasó a la sala de Psiquiatría, recibiendo tratamiento de Largactil 320 mgs. diarios durante 10 días y posteriormente con Melleril 300 mgs. diarios, con dicho tratamiento disminuyeron sus manifestaciones psicóticas por el 10 de junio el paciente se encontraba más integrado, tranquilo y sin dar problemas de manejo, aceptando el planteamiento de su baja del Ejército, se presentó en junta general del servicio el día 28-VI-67, llegándose al diagnóstico de R. E. C. Ingf. con exacerbación de un brote agudo con rasgos paranoides. Y como recomendaciones darlo de baja del Ejército y continuar su tratamiento mientras permanezca en el mismo, con psicofármacos tipo Melleril y posteriormente que continúe bajo vigilancia psiquiátrica a través de una Institución Civil.

III.—DIAGNOSTICO FINAL: *Reacción* ~~FRACCION~~ ESQUIZO-FRENICA DE TIPO PARANOIDE.

IV.—CONDICIONES AL SALIR: Alta por mejoría. INUTIL.

V.—CERTIFICADOS EXPEDIDOS: El de Inutilidad en primera categoría 116.—30-VI-67.

VI.—RECOMENDACIONES: Melleril de 100 mgs. 1 x 3 mantenerlo en un servicio dentro de la Plaza de Oaxaca, para que continúe bajo vigilancia médica, mientras llega su baja del Ejército.

## C A S O   I I

### HISTORIA CLINICA

#### 1) FICHA DE IDENTIDAD.

Nombre: Angel C. V.

Edad: 19 años.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Soltero.

Ocupación: Soldado de infantería.

Escolaridad: 4o. año de primaria.

Residencia: Guerrero, Huajuitlán.

Religión: Católico.

Procedencia: Ingresó al Hospital Central Militar el 18 de febrero de 1967. Fué traído en ambulancia desde la ciudad de Irapuato. Al llegar fué recibido en la Sala de Pneumología, por no haber cama disponible en esta sala; ingresa a Neuropsiquiatría el 19 de abril de 1967. Fué dado de alta el 22 de agosto de 1967.

FUENTE DE INFORMACION.—El paciente y la madre del paciente.

## 2) DESCRIPCION BREVE DEL PACIENTE.

El paciente es de rasgos indígenas, 1.68 mts. de estatura, complexión delgada 58 kgs. de peso aproximadamente. Representa la edad que tiene. Es moreno con tipo mulato, pelo lacio y negro, con bigote muy escaso.

Se presenta a la consulta en ropas de hospital, limpio, al parecer íntegro físicamente, viene por su propio pie.

## 3) DESCRIPCION BREVE DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

El paciente fué traído al Hospital por presentar pérdida del conocimiento, precedida por mareos y vértigos con oscurecimiento de la vista (aura epiléptica), delirios místicos y fantasías, insomnio, sensación de extrañeza y despersonalización.

La información que dio el paciente durante la entrevista careció en lo absoluto de afectividad; es decir el paciente relató sus síntomas, sus relaciones familiares y su historia personal sin darles importancia, lo hacía como si relatará la historia de un amigo lejano del cual sus problemas a él no le interesan.

El presente estudio fué realizado durante 2 entrevistas, la primera con el paciente y la segunda con la madre del paciente con duración de 20 minutos. Esta última entrevista con la madre se realizó con el fin de obtener más datos acerca de la historia familiar del paciente, ya que los datos que proporcionó el paciente fueron muy escasos. Las dos entrevistas se llevaron a cabo en el Hospital Central Militar.

#### 4) DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

Según información que da el paciente, su problema empezó a partir de su nacimiento, con dolores de estómago y cabeza, que lo “embolado de la cabeza” y las pérdidas del conocimiento no sabe desde cuándo le dan.

Al insistírsele qué recordaba, se pudo concluir que estos trastornos empezaron a los 16 años aproximadamente.

El paciente no sabe durante cuánto tiempo pierde el conocimiento, pero sí recuerda que pierde el equilibrio y que varias veces al caer se ha golpeado.

Dice el paciente que sin sentir ningún dolor de repente siente la cabeza “embolada”, pierde la atención de lo que está haciendo, aprieta las manos y comienza la convulsión. Todo lo anterior va precedido de aura que consiste en tener una sensación de algo que le corre de la región esternal hacia la precordial, lo cual le permite sentarse o protegerse antes de la pérdida del conocimiento. Pasada la crisis queda como sofocado, como si “algo se me atorara en la garganta”, agotado, y con somnolencia que lo hace dormir, no hay incontinencia de esfínteres.

Desde hace 15 o 20 días, relacionándolo con el inicio de unos medicamentos, que le fueron recetados aquí en el hospital, ha presentado insomnio, pensando cuando esto sucede en fantasías, oye dentro de él que Dios le habla para que siga el camino del bien. Dice que Dios le repite lo que él ya ha leído en algunos libros sobre como “los judíos huyeron de los egipcios”. Dice “si yo destruyo algo es porque estoy matando el pecado”.

Al iniciarse la entrevista estaba muy confuso, diciendo incoherencias y repitiendo continuamente su delirio místico ya descrito.

Al contar su delirio lo hace con faces de enojo, conforme va transcurriendo la entrevista y se le va dirigiendo para que conteste, empieza a tranquilizarse, se muestra cooperador, al establecer contacto con la realidad por medio de las preguntas que se le hicieron, se muestra atento, está orientado en las tres esferas de la sensopercepción (tiempo, lugar, persona). En estos momentos niega haber tenido alucinaciones visuales y auditivas; acepta que Dios le habla, pero dice "como en el pensamiento". Esto más bien parece jautasia. Dice que hace 10 días aproximadamente sintió extrañeza y despersonalización "como si no fuera yo", "como si no estuviera vivo y fuera extraño al mundo".

Cuando el paciente ingresó a la sala por primera vez, no quería bañarse, ni vestirse. No le importaba nada ni nadie lo único que quería era morir.

Se le encamó en el Pabellón de Neurocirugía y se diagnosticó REACCION ESQUIZOFRENICA modificándose este diagnóstico posteriormente.

El paciente entonces no hablaba con nadie, actualmente confiesa que lo hacía como reacción para defenderse del medio ambiente y "así dañar a los demás", el paciente cree que puede destruir con esta actitud.

Durante la entrevista a menudo el paciente se tapó los ojos con el brazo o bien con las manos, presenta una sonrisa casi imperceptible y estereotipada.

Responde a lo que se le pregunta a veces con ensalada de palabras y pierde continuamente el contacto con la realidad.

## 5) HISTORIA PERSONAL.

El paciente es el noveno de una familia de once hijos.

La información referente al parto y los primeros 7 años de la vida del paciente fueron proporcionados por la madre de éste ya que él no recuerda absolutamente nada en lo que se refiere a los primeros 7 años de su vida.

Angel, es el producto del noveno embarazo de su madre, al parecer las condiciones del parto fueron entóxicas (normales) y el desarrollo neuro-muscular fué también normal.

Fué alimentado por la madre cerca de un año, (la madre del paciente tampoco recuerda con claridad estos datos), lo cual se debe a su escasa cultura y al elevado número de embarazos que tuvo, la madre es una persona amable que trata de cooperar proporcionando los datos que se le piden, pero sus escasos recursos de educación y vocabulario hacen que estos sean escasos y confusos.

Dice que Angel fué un niño normal como todos, que peleaba con sus hermanos y que no le gustaba la escuela, “lo reprobaron tres veces”.

Relata la madre que al nacer el paciente, el padre dudó de su paternidad, lo que a ella le dio tristeza ya que asegura que sí es hijo de su esposo. Dice también la señora que durante el embarazo el padre de Angel, borracho la golpeó varias veces, pateándola en el vientre, diciéndole que ese hijo no era de él y que si nacía lo mataría. Al nacer Angel, el padre se mostró disgustado y nunca le hizo el menor caso, “siempre le pegaba por cualquier cosa”. Desde muy pequeño la madre lo obligó a controlar esfínteres “me ponía de malas si se hacía sin avisarme y le pegaba por cochino”.

La madre dice que todos sus hijos son “muy nerviosos e inestables”.

El brote dentario del paciente según su madre fué entre los 6 y 8 meses.

#### DATOS PROPORCIONADOS POR EL PACIENTE.

“Entré a primaria en Huajuitlán Guerrero a los 7 años, me costó mucho trabajo la escuela y reprobé 3 veces. Terminó 4o. año de primaria a los 16 años cuando ya su enfermedad estaba muy avanzada, se sentía mal, sin ganas de hacer nada, todo le molestaba, principalmente su madre que era “a veces muy buena conmigo y a veces muy mala”.

A los 13 años se masturbaba diariamente, consideraba este acto como malo y se sentía culpable.

A los 15 años tuvo su primera relación heterosexual con una meretriz. Su hermano mayor fué quién lo obligó a hacerlo encerrándolo con ella, él tenía miedo a las enfermedades venéreas. Experimentó sentimientos de culpa, pero le resultó muy agradable la experiencia dice que después sentía mucha pena con sus familiares principalmente con su madre a quien su hermano le había contado todo.

Relata el paciente que por la noche al llegar a su casa se bañó pues tenía “terror” de contraer alguna enfermedad venérea; “no quería contagiarme”.

Dejó de tener relaciones sexuales durante 6 meses, luego él mismo volvió a promoverlas también con meretrices; con periodicidad semanal y a veces diario. El paciente dijo no haber tenido nunca relaciones homosexuales. (Las palabras heterosexual y homosexual tienen que ser explicadas al paciente ya que por su escasa instrucción y debido a su enfermedad no las comprende).

Relata el paciente que cuando tenía aproximadamente 12 años empezó su padecimiento, “se me oscurecía el mundo” “pero podía seguir caminando unos dos metros, tamba-

leándome” (marcha oscilante). Dice que al principio no había pérdida de la consciencia, el fenómeno duraba unos segundos y se repetía una vez cada semana o cada 15 días, fué tratado con Vitaminoterapia pero no mejoró.

Aproximadamente un año después uno de estos fenómenos se intensificó, él percibió que las cosas se movían, y cayó sin pérdida de consciencia, por este motivo abandonó la escuela y buscó atención médica; se suministraron unas cápsulas que le producían hipersomnio (el paciente no podía conciliar el sueño, lo que lo irritaba y ponía sumamente nervioso), con estas cápsulas se alejaron por un tiempo las crisis, nuevamente volvieron a presentarse con pérdida momentánea de la visión y la consciencia, sin caída con duración de segundos y recuperación total, con frecuencia de 2 a 3 crisis por día.

Eventualmente tenía crisis en que perdía la consciencia y caía pero sin convulsiones clónico-tónicas, sino con los músculos relajados, duraban unos minutos; buscó atención médica y mejoró con fármacos cuyo nombre ignora.

Se dio de alta en el ejército el 3 de agosto de 1965, 6 meses después volvió a tener una crisis en la que perdió la consciencia y tuvo relajamiento muscular, duró unos minutos, se repitieron las crisis cada 8 o 15 días, fué tratado con Epamin y Fenobarbital y se le retiraron por varios meses, pero al suspender los medicamentos volvían nuevamente las crisis. Nunca ha presentado relajación de esfínteres, durante los ataques.

Fué enviado al Hospital Militar de Irapuato en donde describieron las crisis como convulsiones Clónico-Tónicas con pérdida de la consciencia y con frecuencia de 5 al día.

Dice el paciente que después de las crisis presenta hipersomnio de unos 15 minutos de duración y son prece-

didadas por una sensación precordial molesta. En esas condiciones llegó al Nosocomio a la sala de Pneumología.

Durante las primeras entrevistas que se le hicieron al llegar a la sala de Neuropsiquiatría presentó súbitamente alucinaciones auditivas donde decía que Dios le ordenaba comunicar a los demás que pecaran menos.

## 6) HISTORIA FAMILIAR.

El paciente procede de una familia campesina de condición humilde, el medio ambiente en el que se desarrolló el paciente ha sido siempre precario. Su familia es muy numerosa con escasos recursos.

### PADRE:

José C., vive, tiene 45 años y siempre se ha dedicado a las labores del campo.

Sus relaciones con el paciente han sido casi nulas, podría decirse que nunca se ha establecido una relación afectuosa entre padre e hijo.

Al preguntársele al paciente cómo han sido las relaciones con su padre responde: "nunca me quiso, me pegaba mucho no sé porqué, a lo mejor porque toma harto". Aquí debemos recordar lo que la madre dijo durante la entrevista que se llevó a cabo con ella, de que el padre del paciente al nacer éste dudó que fuera su hijo lo que motivó como consecuencia agresividad por parte del padre hacia el paciente desde antes de su nacimiento.

### MADRE:

Eulalia R. de C., vive, 43 años.

Al preguntársele al paciente cómo son sus relaciones con su madre responde "es buena, viene a verme, de chico



me pegaba a veces". "Yo creo que no los quiero, ni tampoco a mis hermanos, nadie viene a verme" (esto lo dice el paciente sin que se le haya preguntado).

La madre es una mujer humilde, muy amable que siempre ha estado dedicada a su hogar haciendo ella todo el trabajo y cuidando de sus hijos. Actualmente se encuentra muy preocupada por la enfermedad de su hijo.

Como ya se dijo el paciente es el noveno de una familia de once hijos.

Con el que mejor se lleva es con Guillermo que es su hermano inmediatamente superior a quien ve más seguido.

Tres de sus hermanos y siete de sus primos están en el ejército. A uno de sus hermanos mayores lo mató un soldado por causa de una mujer que fué compañera de escuela del paciente. Dice el paciente que él cuando niño era peleero, porque sus hermanos le decían "si eres macho pelea". Al mismo tiempo que el paciente iba a la escuela tenía que ayudar a su padre en las labores del campo y aquí recuerda "me cansaba yo mucho, era muy pesado".

Los padres del paciente están casados por las dos leyes, el padre es ejidatario y siempre fué "muy cruel" con el paciente, la madre es analfabeta.

Dice el paciente que su padre le pegaba con un "bejuco" porque se le soltaban los caballos brutos que estaban a su cuidado cuando él tenía 7 años.

Como su padre era "muy enamorado" engendró 13 hijos más en otras mujeres. Cuando su madre le reclamaba porqué le pegaba a sus hijos y "porqué andaba de enamorado", el padre la golpeaba también con el bejuco salvajemente.

El paciente dice que nadie de su familia paterna ni materna ha padecido crisis de tipo epiléptico.

#### HERMANOS DEL PACIENTE.

1.—Servia.—La mayor, tiene 32 años, casada, se lleva bien con el paciente.

2.—Carlos.—De 30 años, campesino “nos estimamos bien”.

3.—Tomasa.—De 28 años, es madre soltera de 3 niños, y dice el paciente que es con la que mejor se lleva.

4.—Angustias.—De 24 años, también madre soltera, vive en Acapulco es camarera de un hotel.

5.—Esteban.—De 24 años, es soldado, se llevan bien pero se ven poco, se ayudan.

6.—Guillermo.—De 22 años, soldado, se llevan muy bien, se ayudan mucho, están en la misma corporación.

7.—Andrés.—De 20 años campesino, trabaja con el padre, es muy serio, sólo cuando le preguntan algo habla escuetamente, se lleva bien con el paciente.

8.—Demetrio.—De 19 años, soldado, se llevan bien, pero se ven poco.

9.—El paciente.

10.—Alfonso.—De 16 años, también ayuda al padre en las labores del campo, el paciente casi nunca lo ve.

11.—Eulalio.—De 14 años estudia 3o. de primaria y ayuda al padre en el ejido, se ven poco, pero cuando se ven se llevan bien.

La madre tuvo además dos abortos de causa ignorada por el enfermo.

Al preguntársele a la madre sobre sus dos abortos respondió que el primer embarazo “no progresó” y que el otro aborto lo tuvo entre Angustias y Esteban y lo atribuye a que su marido unos días antes estando borracho la golpeó en el vientre, “a los poquititos días aborté”.

Como podrá verse las relaciones del paciente con sus hermanos son casi nulas a excepción de Guillermo que es el único que se preocupa por el paciente y la madre.

Actualmente a él no le importa, ya que ninguno viene a verlo.

### CONCLUSIONES.

Al estudiar los antecedentes causales del paciente, se concluye que su enfermedad ha sido motivada por las causas ambientales en las que se desarrolló el paciente, existiendo causas orgánicas predisponentes que al unirse a las ambientales desencadenaron el padecimiento.

### TRANSCRIPCION DE SU VOCABULARIO.

“Pues ésto me empezó, como le dije, desde hace 6 años (silencio) . . . lo único que eran mareos, no me daban convulsiones, hasta después, como a los 3 años me empezaron las convulsiones, entonces sí empecé a perder el conocimiento, pues si caía no me daba cuenta, a veces me llevaban cargando y ni siquiera me daba cuenta, cuando sentía ya estaba en la casa . . .”

### ELEMENTOS PROCESUALES.

Durante la entrevista mostró normal grado de alerta y su atención estuvo dirigida al tópico en juego.

No presenta actualmente distorsiones perceptuales, no obstante dijo con anterioridad haber oído, y después sólo sentido a Dios y a la muerte, como consecuencia es-

cribió lo siguiente a su novia "si no me crees morirás.—El día de mi partida al cielo todos ben y creen que miento.— Que me maten llegando, sino digo la verdad, por milagro de Dios se lo digo que quedarán solos en éste mundo de maldad. Tú que lo encontraste dile a los demás y te amaré más todavía si cumples ¿Quién escribe bonito que beo donde duermo. Te cuidaré si tu me amas y me casaré contigo. Si no lo ases morirás, pues ni modo. Llo no puedo aser nada yo Escribo a fuerzas porque dios me obliga que si no lo ago me mata. mas llo lo ago. Si no lo ago nunca llegare a conocer a dios" y señala que esto se lo dictaba Dios.

La inteligencia impresiona como normal, la memoria está conservada, su capacidad abstraccional es buena, su caudal de conocimientos corresponde a su escolaridad y en la actualidad no presenta trastornos de juicio, ni distorsiones perceptuales que se apreció en la entrevista que motivó su traslado a la Sala y que puede apreciarse en la carta que envió a su novia.

En el contenido predomina la preocupación de que lo den de baja en el ejército y de encontrar la forma de atender a su hermana que está enferma de un tumor mamario. En términos generales, el humor muestra adecuadas respuestas emocionales, pero posee tinte depresivo. Únicamente en una ocasión, mostró en forma súbita incongruencia entre los estímulos y las respuestas, en las demás entrevistas no se apreció ese fenómeno, lo propio ocurrió con la conducta. Tiene normal nivel de energía, pero la persistencia está disminuída, lo que afecta su constructividad; excepcionalmente muestra tendencias agresivas.

### **FUNCIONES INTEGRANTES:**

Piensa que es un hombre bueno, que no le hace mal a nadie; cuando alguien lo ofende considera la respuesta que le ha de dar, a menos que la violencia del oponente sea

extrema. En términos generales la imagen que tiene de sí mismo corresponde a la realidad. Su modelo de identidad es su madre, pero a él ha contribuido también el Ejército. Se había fijado como meta llegar a ser General, pero ahora, que se sabe inútil, ya no desea nada. Su código moral está basado en su religión, pero es un tanto laxo. El Super Ego, también lo ha basado en la figura de su madre y para expiar sus culpas se somete e inhibe. Sus principales ligas las ha establecido con su madre y en el Ejército. Parecen consistentes y le agradan. Su afecto lo manifiesta con solicitud cuando sus familiares se lo piden abierta y veladamente y su **agresión la expresa en forma intempestiva y sin motivo**, después de sus crisis o antes de ellas. En términos generales sus relaciones sexuales las establece con prostitutas, y al respecto gusta de respetar a sus novias.

Con el examinador sus ligas han sido profesionales, pero tiene aptitudes ligeramente demandantes y suplicantes encaminadas a lograr su permanencia en el Instituto Armado. Posee algunas tierras, ahora en poder de su padre, y desea sembrarlas para hacerlas producir. Le gusta gastar dinero en moderada cantidad, pero le envía al padre más de la mitad de su sueldo. Tenía ambiciones de poder, que conquistaría con su ambición de ser General, pero se le han venido abajo. Su trabajo le gusta y dice tomarlo con empeño, no tiene intereses políticos, sus valores filosóficos y religiosos son escasos. Dice ver a su enfermedad como algo no grave, sobre todo en la actualidad y la atribuye a traumas craneales y a sufrimientos. Tiene confianza en el médico y en la Institución.

### REACCIONES ANTE LAS AMENAZAS MODERADAS DE DESINTEGRACION

Sublimación, llanto, fantasía, actividad encaminada a modificar las situaciones, autocontrol y aumento del esfuerzo personal para mantener la integridad.

## RESPUESTAS ANTE AMENAZAS EXAGERADAS.

1er. orden de defensas.—Hiper-represión, hiper-emocionalismo, hiper-intelectualidad, hiper-compensación.

2o. orden.—Dificultad en dejarse manejar, moderado acetismo.

3er. orden.—Personalidad de las enfermedades orgánicas.

4o. orden.—Pánico, convulsiones.

5o. orden.—Conducta transitoria desorganizada y errática, alucinaciones, preocupaciones delirantes.

## ASPECTOS PRINCIPALES DEL DESEQUILIBRIO PRESENTE. Cadena secuencial.

Ansiedad.—Existe.

Fachada.—La de una persona normal.

Insight.—Existe en forma limitada.

Potencialidades para ser utilizadas en terapéutica.—Su juventud, su inteligencia media, su ansiedad y su deseo de curarse.

## IMPRESION DIAGNOSTICA: EPILEPSIA Criptogenética.

Pronóstico.—Con reservas.

## HOJA DE RESUMEN DE HOSPITALIZACION

Fecha de ingreso al Hospital: 19-II-67.

Fecha de salida del Hospital: 22-VII-67.

## SUBJETIVOS:

- 1.—Evol. de un año.
- 2.—Crisis convulsivas.
- 3.—Preceden a las convulsiones molestia pre-esternal.
- 4.—Ha sido tratado con Epamín y Fenobarbital.

## OBJETIVOS:

- 1.—P. A. 100/80: pulso 84 x' Temps. 36.5.
- 2.—Tumoración en región milchioden, de 1 y medio cms. Diám. remitente, no dolorosa, no adherida a planos superficiales. ni profundos.
- 3.—Exploración negativa.

Biometría normal.—Q. S. glucosa 143.—Exámen G. O. normal. Serológicas negativas. Copro en serie negativos y en uno de ellos quistes de *giardia lamblia*.—E. E. G.: el registro bajo sueño mostró ondas lentas hipersincrónicas, de gran voltaje en todas su derivaciones, no hay ondas en espigas.

A su ingreso fué tratado con Fenobarbital y Epamín, fué revisado por el Serv. de Neurocirugía el 8-III-67 encontrándose los datos de exploración normales. Fué revisado por el servicio de psiquiatría el 16-III-67, dándose la impresión diagnóstica de Epilépsia de tipo atónico siendo tratado con Zaronín.

Posteriormente se le administró Largactil y Aralen.

Fué trasladado al Serv. de Psiquiatría el 19-IV-67, siguiendo con las mismas indicaciones. Fué nuevamente revisado por el Servicio Neurocirugía el 9-V-67, haciéndose la

impresión diagnóstica de Epilépsia Esencial tipo gran mal y estado depresivo.

Agregándose al tratamiento Sulfato de Benzedrina. Posteriormente presentó Síndrome Ulceroso Atípico, dándose tratamiento antiulceroso cediendo rápidamente la sintomatología.

Diagnósticos establecidos.—EPILEPSIA CRIPTOGENETICA en un sujeto con personalidad histeriforme con rasgos depresivos.

Condiciones al egreso.—ALTA POR MEJORIA.—INUTIL.

Recomendaciones.—Epamín caps. 4 al día durante dos años (1-1 y 2) y control médico, de preferencia con un psiquiatra o neurólogo.

Certificados expedidos.—El de Inut. comprendido en el Art. 68 de 1a. categoría 9-V-67.

### C A S O   I I I

#### HISTORIA CLINICA

##### 1) FICHA DE IDENTIDAD.

NOMBRE: Juventino R. Z.

EDAD: 38 años.

SEXO: Masculino.

ESTADO CIVIL: Casado.

OCUPACION: Licenciado en Derecho.

ESCOLARIDAD: Facultad de Derecho UNAM (Lic. en Derecho).

RESIDENCIA: Ciudad del Mante, Tamaulipas.

RELIGION: No tiene religión.

PROCEDENCIA: Hospital de la Raza del Seguro Social.

FUENTE DE INFORMACION.—EL PACIENTE

## 2) DESCRIPCION BREVE DEL PACIENTE.

El paciente de rasgos indígenas aunque no sumamente definidos, 1.70 mts. de estatura, complexión robusta de tipo atlético, 65 kgs. de peso aproximadamente.

No representa la edad que tiene, se ve bastante mayor aproximadamente de 40 a 45 años.

Moreno, pelo lacio, entrecano.

Se presenta a la consulta en ropas de calle de mediana calidad, limpio, al parecer íntegro físicamente. Viene por su propio pie.

## 3) DESCRIPCION BREVE DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

El paciente sufrió un accidente automovilístico en agosto del año pasado y como consecuencia perdió el conocimiento durante dos semanas (El paciente dice "algunos días", no recuerda exactamente el tiempo que estuvo inconsciente).

El paciente presenta una cicatriz en el cuello que parece de traqueotomía, sin embargo él no recuerda si se la hicieron o no.

El paciente después del accidente empezó a presentar trastornos de la sensibilidad, amnesia, pérdida de la auto-

crítica, existen en él fabulaciones, agitación motriz y algunas veces agresión.

Su información carece totalmente de afectividad, su tono de voz es monótono y no cambia para nada de postura, durante todo el tiempo que duró la entrevista se mantuvo con los brazos cruzados y sentado en la misma posición.

El presente estudio fué realizado en una entrevista con el paciente.

#### 4) DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

Según información proporcionada por el paciente, sufrió un accidente automovilístico en agosto del año pasado. A consecuencia del cual perdió el conocimiento durante dos semanas (el no recuerda exactamente durante cuánto tiempo estuvo inconsciente).

Dice el paciente que en el automóvil venían cuatro personas, todos hombres del Ingenio donde trabajaba en el Mante. El no venía manejando.

El accidente fué a las 3 de la tarde y dice que recobró el conocimiento hasta que ya había sido trasladado a la ciudad de México en el Hospital de la Raza del Seguro Social.

Fue trasladado posteriormente a la clínica a finales de septiembre del año pasado. Cuando llegó aquí ya se sentía muy mejorado, casi todo el tiempo tenía sueño y dormía mucho.

Dice el paciente que después de dos semanas de tratamiento en la Clínica se sintió mejor y empezó a tener "conciencia" de donde estaba y cuando le platicaron del accidente que había sufrido pudo recordarlo pues "ya estaba preparado".

Dice, me sentía “yo bien y muy animado porque mi esposa y mi familia estaban aquí y venían a verme todos los días”.

El paciente no recuerda si tuvo o no molestias esos días y niega haber tenido trastornos de la sensibilidad.

Al preguntársele al paciente que pensó cuando fué traído a la clínica, responde: “Interiormente estaba yo resignado para estar el tiempo necesario aquí”.

Se le preguntó su opinión acerca de los demás pacientes y a lo que respondió: “Los veo como compañeros de enfermedad, son enfermos de los nervios”.

Dice que actualmente se da cuenta con detalle de qué tiene y dónde sufrió los golpes en el accidente.

El paciente dice tener siempre cuidado de tomar las medicinas tal y como se lo ordena el médico.

Actualmente dice encontrarse más tranquilo que cuando llegó, y él nota que está mejor “Con respecto a mi enfermedad agradezco la atención médica que me han dado. Dice que ya se siente bien para trabajar y que se acuerda muy bien de lo que hacía en el ingenio, “no me ha costado trabajo”.

El paciente no se siente enfermo y ahora ya está tranquilo. Exactamente al mes de estar en la Clínica recobró la consciencia.

Lo que le preocupa mucho al paciente son sus hijos y su esposa, dice que constantemente sueña con ellos y “me preocupa su sustento”.

## 5) HISTORIA PERSONAL.

El paciente no recuerda nada de cómo fué el embarazo y el parto de su madre del cual él procede.

Dice haber caminado “a la edad normal” todo normal antes de este accidente”.

Las relaciones entre su padres eran cordiales, él es el menor y dice que lo consentían mucho.

A los 6 años ingresó a la escuela primaria en la Ciudad Mante donde terminó la primaria. La secundaria la cursó en Durango y posteriormente se trasladó a vivir a la ciudad de México e ingresó en la Escuela Nacional Preparatoria número 1, en San Ildefonso, de ahí pasó a la Universidad Nacional para estudiar la carrera de Licenciado en Derecho.

El paciente dice que trabajaba y estudiaba al mismo tiempo, y que las relaciones con sus maestros y compañeros siempre fueron buenas.

Trabajaba en la Secretaría de Hacienda como empleado, ahí conoció a su esposa que también era empleada en la misma Secretaría. Se casaron cuando él iba en el cuarto año de la carrera y dice “me costó mucho trabajo terminarla porque ya tenía que mantener a mi esposa. Al recibirse se trasladó a Ciudad Mante Tamaulipas, desde hace 7 años donde trabajaba como abogado del Ingenio.

Aquí dice el paciente “Me gusta mucho mi trabajo, mis jefes me estiman mucho”.

El paciente cursó la primaria en 7 años ya que su familia se trasladó a Durango y tuvo que repetir el sexto año, entró a la Secundaria de 13 años.

Dice el paciente “La Historia me gusta mucho, y más la de México”. En la secundaria “las matemáticas, nunca reprobé materias”. Inició la preparatoria en 1948 y terminó en 50 “tuve dificultades con Latín y Griego pero no reprobé”. Su promedio general era de 7.5 a 8 aproximadamente. En la facultad general las materias que más le gus-

taban eran “Derecho Internacional Privado, Derecho Internacional Público y Derecho Civil”.

“En el trabajo que tenía como empleado de Hacienda no podía aplicar los conocimientos que obtenía en la facultad, era distinto”.

“Los dos últimos años de la carrera fuí Secretario de la Federación Sindical”. Dice que le gustaba mucho la política y que fué Presidente Municipal de Ciudad Mante.

Antes de su accidente le gustaban mucho las actividades sociales, bien como organizador o bien como miembro, “siempre me las arreglaba yo con la planilla”.

Fué postulado como Jefe de su grupo en la facultad, pero perdió. “Siempre me ha gustado participar en puestos”. En la Facultad fué Secretario de acción Política. “A veces tuve dificultades con las otras planillas por el deseo de triunfar, pero no tengo enemigos”. “Siempre he invitado a todos a colaborar.

Fuí Presidente Municipal 2 años, luego dice haber luchado por una diputación como pre-candidato del P.R.I. “Y en la selección de candidatos perdió por presiones de otros; ganó el Secretario de acción de maestros y le dieron preferencia”. Era gobernador de Tamaulipas el Dr. Norberto Treviño Zapata cuando el fué Presidente Municipal. “Terminé de Presidente Municipal por un decreto para salir junto con el Gobernador”.

El paciente dice que no fuma, ni es afecto a tomar bebidas alcohólicas, nunca ha utilizado las drogas.

Jamás ha estado en la cárcel. “ni he sido orgulloso”. Dice que solamente toma “presionado o bien obligado pero en justa medida”.

Le gusta el Base Ball y el Fut Ball Socker, "voy al cine cuando hay tiempo".

## HISTORIA SEXUAL.

El paciente dice que diferenciaba perfectamente bien los dos sexos desde la primaria "más o menos desde 4o. año".

No tuvo ninguna información acerca del aspecto sexual por parte de sus padres ni de sus maestros. "Mis padres eran de escasa instrucción" y nunca sentí curiosidad por preguntar".

No recuerda a qué edad tuvo su primera relación sexual, recuerda que fué cuando era estudiante en la preparatoria, sin embargo no recuerda con exactitud donde ni a la persona con quién la tuvo y tampoco sabe si fué agradable o no. "No las tenía yo seguido porque soy muy medido".

Nunca ha tenido prácticas homosexuales, ni se ha masturbado.

Cuando se casó tenía 27 años y su esposa tenía 20. Duraron un año de novios, actualmente lleva 10 años 11 meses de casado, tiene 4 hijos.

La mayor es mujer y tiene 10 años.

El segundo es hombre de 9 años.

La tercera es niña de 5 o 6 años (no recuerda exactamente).

El cuarto es un niño de 2 años.

Su esposa nunca ha perdido un niño, y los cuatro han sido muy sanos.

“Ella quiere más hijos pero yo ya no”.

Sus relaciones sexuales con ella son agradables. Siguen el ritmo de su relaciones” a veces tenemos cada 3 o cada 8 días”.

Dice que sí ha tenido relaciones extraconyugales.

Está casado con su esposa solamente por el civil, dice que la quiere mucho, “como también mi madre falleció vuelco todo en ella”.

Dice ser cariñoso con sus hijos y ellos con él. “Estoy a gusto de trabajar por ellos”.

#### HISTORIA CLINICA.

El paciente recuerda haber sido poco enfermizo, de niño padeció sarampión, las demás enfermedades propias de la infancia, no las recuerda, “**nunca he sido operado**” (el paciente fué operado de la cabeza después del accidente), “**nunca he tenido golpes**” (En el examen que practicó el médico encontró un hundimiento en la región temporal del lado derecho circunscrita ovalada, con el diámetro superior hacia arriba).

El paciente nunca ha padecido enfermedades venéreas. A veces padece constipación.

#### 6) HISTORIA FAMILIAR.

La familia del paciente es humilde, de condición obrera y campesina.

#### PADRE.

Marcelino Roque.

Murió hace 30 años, a la edad de 42. El paciente dice que su padre murió de “resfrio o algo respiratorio, **no recuerdo bien**”.

El padre durante su vida fué sano, no tomaba ni fumaba, pero recuerda el paciente que “masticaba tabaco”. Tampoco era mujeriego y mantenía a su familia como cordador de caña.

El paciente lo recuerda como una persona amable, de buen carácter, cariñoso con sus hijos y su esposa.

MADRE.

Julia Zúñiga.

Murió a la edad de 60 años, de un padecimiento renal. Durante los 3 últimos meses de su enfermedad, estuvo internada en el Seguro Social. Dice el paciente que poco antes de morir su madre le dijo “que la sacara del Hospital pues ella quería morir en su casa”.

El paciente recuerda que su madre de joven tuvo paludismo pero no recuerda si padeció también otras enfermedades.

La señora tuvo 6 embarazos, el paciente no sabe si tuvo algún aborto.

La recuerda como una persona estricta y enérgica. Dura de carácter el cual les transmitió a sus hijos. “Nos decía que no debíamos asustarnos de cualquier cosa”.

Al quedarse viuda se puso a trabajar como sirvienta para poder mantener a sus hijos. “A los 10 o 15 años de viuda no recuerdo exactamente se volvió a casar así ya dejó de trabajar”.

Al preguntarle si él y sus hermanos estuvieron de acuerdo con el nuevo matrimonio de su madre, responde Que él sí, “ya que mi padrastro me simpatizaba mucho era muy bueno conmigo me consiguió una beca y me ayudó para que estudiara”.

De los 6 hijos que procreó el matrimonio murieron dos, cuando todavía vivían los padres.

El paciente no recuerda si murieron de pulmonía o de paludismo. Uno de ellos se llamaba Lauro y la otra hermana Juana.

La mayor de su hermanas se llama Leonor es “como 15 años mayor que yo”, es casada y nunca ha podido tener familia. Vive también en Ciudad Mante. Dice el paciente que su hermana “también está enferma de los pulmones”.

Que la quiere mucho porque es muy buena y comunicativa con él, “me ven a mí con el mismo cariño que me veía mi madre”.

La segunda hija se llama Cayetana “tiene como 45 o 44 años”, también es casada, todavía no tiene familia “apenas se caso hace un año”. “Ella sí es sana no como los demás”. El paciente dice que esta hermana también tiene preferencia por él, que lo ha cuidado y consentido siempre desde que él nació. “Yo la ayudo económicamente y pues en lo que puedo cuando hay oportunidad”.

Después sigue Marcelino “tiene como 42 años, es soltero”. Leonor le hace la comida”.

Todos sus hermanos viven en un Ejido en la casa del segundo marido de su madre.

“Mi hermano ha rehusado matrimonio porque le duele siempre el pecho, los médicos le han dicho que no tiene nada, que es pura sugestión”.

“El sí es raro, habla muy poco, no hace vida normal”. “Mi hermano Marcelino trabaja en el Rancho, no toma, no anda con mujeres, pero casi siempre está enojado”.

Al preguntársele al paciente si en su familia ha habido alguien que padeciera ataques o alguna enfermedad mental, responde que no.

Los 6 hijos del matrimonio, actualmente viven 4.

1.—Leonor.

2.—Cayetana.

3.—Lauro (murió).

4.—Juana (murió).

5.—Marcelino.

6.—El paciente.

#### CONCLUSIONES.

Al estudiar los antecedentes causales de la enfermedad del paciente, se concluye que el paciente proviene de una familia enfermiza con tendencia a sufrir afecciones respiratorias serias que han causado la muerte de varios de sus miembros. El medio ambiente donde se desarrolló el paciente fué más o menos normal, con bastante estrechez económica sin que esto le impidiera al paciente superarse mediante el estudio hasta obtener un título universitario.

El principal factor desencadenante de su enfermedad actual fué el traumatismo que sufrió durante el accidente automovilístico sin que pueda precisarse con exactitud si existieron o no causas orgánicas predisponentes.

#### DIAGNOSTICO.

Desde el punto de vista psicológico pudo comprobarse que el paciente carece en lo absoluto de insight, que existen en él fabulaciones, dio durante el tiempo de entrevista una gran cantidad de para-respuestas. Existe un blo-

queo muy fuerte en lo referente al aspecto sexual. El paciente carece también de auto-crítica.

Existen lagunas en su memoria. Hay discrepancias principalmente entre las fechas (Pérdida de la memoria anterógrada).

Por todo lo anterior puede concluirse que este tipo de manifestaciones no son de tipo orgánico sino mentales.

El paciente puede presentar en algunas ocasiones agitación psicomotriz y puede también ser agresivo.

#### DIAGNOSTICO MEDICO.

En el examen practicado al paciente por el médico, se encontró. **“Un hundimiento en la región temporal del lado derecho circunscrita, ovalada con el diámetro superior hacia arriba”.**

**“Es un síndrome fismésico post-contusional, con probable lesión cerebral irreversible”.**

“Hay también deterioro orgánico, lo cual ha traído como consecuencia una baja considerable de sus capacidades tanto mentales, como orgánicas”.

#### TRATAMIENTO.

El paciente deberá permanecer durante tiempo indefinido en la Clínica donde le serán administrados psicofármacos adecuados para mantenerlo en un estado de tranquilidad constante, ya que puede presentar agresividad en cualquier momento, debido al deterioro mental y orgánico que en él se combinan, lo cual puede hacerlo peligroso inclusive para su propia familia.

## C A S O I V

### HISTORIA CLINICA

#### 1) FICHA DE IDENTIDAD.

NOMBRE: Carmen H. E.

EDAD: 22 años.

SEXO: Femenino.

ESTADO CIVIL: Soltera.

OCUPACION: Labores del hogar.

ESCOLARIDAD: 6o. de primaria.

RESIDENCIA: No recuerda dónde vive dice que en Narvarte junto a la S.C.O.P.

RELIGION: Católica.

PROCEDENCIA: México, D. F., fué traída a la clínica por su mamá y hermanas, hace un año 3 meses.

FUENTE DE INFORMACION.—LA PACIENTE.

#### 2) DESCRIPCION BREVE DEL PACIENTE.

La paciente es de rasgos indígenas, 1.50 mts. de estatura complexión robusta con tendencia a la obesidad, 63 kgs. de peso aproximadamente representa la edad que tiene.

Morena, pelo rizado por permanente y negro.

Se presenta a la consulta con ropas de calle de mediana calidad, limpia, al parecer íntegra físicamente, viene por su propio pie.

### 3) DESCRIPCION BREVE DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

Empezó la paciente a estar mal de los nervios, les llevaba la contraria en todo a su mamá y a sus hermanas, “les decía de groserías a toda la gente que veía especialmente a mi mamá y a mis hermanas”.

Me echaba vasos de agua vestida porque sentía calor aquí abajo (En este momento la paciente señala la región genital).

Estos síntomas, empezó a tenerlos a partir de los 17 años y se presentaron súbitamente.

La paciente se mostró aparentemente tranquila durante las dos entrevistas que se le hicieron, se mantuvo con los brazos cruzados, tratando la mayor parte del tiempo de evitar que se le notara un ligero temblor en las manos. Se sentó en cuanto entró al cubículo donde se realizaron las entrevistas y durante todo el tiempo permaneció sentada en la orilla de la silla, todo esto mostraba que la paciente se sintió angustiada con las entrevistas. Fué cooperativa respondiendo a todas las preguntas que se le hicieron sin modificar para nada su tono de voz y sin expresar el más mínimo afecto o emoción.

### 4) DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

Según la información que da la paciente, empezó a tener problemas con sus familiares, principalmente con su mamá y sus hermanas. Aunque confiesa que desde niña le “gustaba contrariar a los maestros”.

Desde niña padecía jaquecas muy fuertes que le hacían perder el conocimiento.

Ha sido siempre muy nerviosa e irritable, de cualquier cosa se enojaba y decía de groserías, recuerda que su mamá siempre le decía que era muy “mala hija”.

Regló a los 13 años y como su mamá no le había advertido nada acerca de la menarca, se enojó mucho con ella y “le dijo groserías”. Dice que desde niña sintió siempre trastornos que se agudizaron al entrar en la adolescencia.

Fué traída a la clínica porque empezó a oír la voz de un hombre (alucinaciones auditivas) que le decía que se fuera, ella sentía miedo pero no podía dejar de obedecerle. Una vez se fué a Estados Unidos, y no supo cómo hasta el momento de estar en la Frontera “recobró la consciencia”. (Pérdida de memoria).

Por las noches se levantaba varias veces y se bañaba porque sentía un calor muy intenso en la región genital (nuevamente la paciente señala la región púbica, y durante el desarrollo de la entrevista mientras yo tomaba los datos que ella me daba, disimuladamente se iba levantando el vestido poco a poco, cuando yo volvía a mirarla para hacerle otra pregunta, se me quedaba mirando sin ninguna expresión facial, respondía automáticamente y trataba de fijar mi atención en sus muslos con intención de seducirme. Sin hacerle el menor caso continuaba yo preguntándole sin dejar de observar que mientras yo escribía ella seguía levantándose su vestido. Por otros datos obtenidos posteriormente y con este antecedente me di cuenta que se trataba de una homosexual).

La paciente padece en la actualidad enuresis nocturna y dice tenerle mucho miedo a los “ciempies y alacranes”.

En este momento sin que nada se le halla preguntado dice “me dan cólicos con la guerra”, “sueño con puros muer-

tos, tardo mucho en dormirme” “y cuando puedo robar, me agarro lo que puedo”.

## 5) HISTORIA PERSONAL.

La paciente no sabe nada de cómo fué el embarazo y el parto de su madre del cual ella procede. “Creo que fué normal”. Dice que alguna vez su mamá le dijo que estuvo mareada durante el embarazo y que vomitaba.

No recuerda nada absolutamente de su primera infancia, ni qué enfermedades padeció. “Parace que caminé rápido pero no me acuerdo bien”. (Tiene una amnesia total de esta primera etapa y trata de llenarla con fabulaciones).

Empezó a reglar a los 13 años, siempre durante la menstruación se siente muy “cansada y triste”.

Nunca ha tenido relaciones heterosexuales dice que a los 15 años tuvo un novio, que le gustaba mucho que la besara, un día fueron al cine y se excitaron mucho besándose, decidieron irse a un hotel pero ella aunque deseaba realizar el acto sexual, se arrepintió a la entrada, “me dio miedo y me fui corriendo, nunca más volví a ver a ese muchacho”.

Otro día estando en una fiesta “oí la voz de un hombre que me decía que me saliera de ahí y me fuera a Estados Unidos”. Se salió de la fiesta y no supo a donde fué, dice que su mamá estaba muy preocupada y que cuando ella “recobré la consciencia, volví a mi casa y mi mamá me pegó y me dijo groserías, que era una mala hija”.

En el momento que yo iba a hacerle una pregunta, ella quiere contarme lo que soñó la noche anterior y me dice: “Me veía muy pequeña, como una muñeca de esas chiquitas de trapo, llegué hasta la torre Latino Americana, me subí hasta la punta donde está el asta para poner la

bandera y ya que estaba mero arriba me dio miedo pues la punta empezó a doblarse hacia abajo y yo que estaba en la meritita punta veía como me iba cayendo, no me solté pero me dio muchísimo miedo y desperté dando de gritos”.

Como se verá existe en la paciente desintegración y minusvalorización de la personalidad, se veía como una muñeca de trapo muy pequeña.

El contenido del sueño es completamente de tipo sexual, el asta de la bandera es una simbolización fálica y el doblarse hacia abajo podría interpretarse como la realización del acto sexual el cual nunca ha sido realizado por la paciente y que para ella sería terrible por su tendencia homosexual, tiene obsesión y temor de ser violada. (“no me solté, pero me dio muchísimo miedo y desperté gritando”).

Después de haberme contado este sueño le pregunté si alguna vez había tenido relaciones homosexuales, no me entiende y tengo que explicarle qué quiere decir homosexual. Responde que sí, que solamente una vez “cuando tenía yo 14 años, agarré en la vecindad donde vivíamos a una niña chiquita como de un año y la toque por todas partes, sentía con esto placer, la niña empezó a llorar y me asusté y me encerré en mi casa”. Confiesa también que se masturba con frecuencia y que no se acuerda desde hace cuánto tiempo que lo hace.

La paciente fuma mucho, dice que aquí en la clínica aprendió y que le gusta.

Cuando sale al jardín le gusta jugar ball y ball y pasearse, dice que actualmente se siente bien y que lo único que la preocupa es que desde que está aquí (un año, tres meses) nadie viene a verla. Se arregla los días de visita para esperar a sus familiares pero nunca vienen.

Ahora me estoy enamorando de un enfermo que está aquí, pero ya me enteré que es casado. Esto lo dice sin que se le pregunte y quizá sea para ocultar su homosexualidad.

#### 6) HISTORIA FAMILIAR.

Es familia humilde, de condición obrera.

PADRE.

Heladio Heredia, vive, 45 años.

No sabe en qué trabaja pues desde que eran muy pequeñas las abandonó, era alcohólico, les pegaba y nunca las “sacaba a pasear”.

MADRE.

Elvira Espíritu, vive, 45 años.

Al preguntarle cómo eran sus relaciones con ella responde “siempre me pegaba y me decía de groserías, y que yo era una mala hija”.

Procrearon 4 hijos de los cuales la paciente es la mayor.

1.—Carmen.

2.—Guadalupe.—Estudia secundaria.

3.—María.—Trabaja como demostradora.

4.—Magdalena.—Estudia “no se qué”.

Después que nacieron las cuatro niñas cuando ella tenía 11 años sus papás se separaron.

Su mamá tuvo que trabajar desde mucho tiempo antes de separarse de su papá ya que refiere la paciente que “como

tomaba mucho", le vino una parálisis, y entonces ya no pudo trabajar". Su padre golpeaba a la madre porque decía que ésta lo engañaba. Dice la paciente que su papá "era licenciado en el Juzgado pero por borracho lo corrieron, después cuando se enfermó, ya no se levantaba y a nosotras nos mandaba a comprarle el alcohol".

Dice que ella es la que más se acuerda de su papá, que las "golpeaba injustamente y las bañaba con agua fría y no nos sacaba a pasear".

Con su mamá siempre se ha llevado mal, le gritaba que "no quería que fuera su mamá y de groserías", un día cuenta "me vino a la mente que ni mi papá, ni mi mamá me querían por las injusticias". "También una tía me trataba a puras groserías, lastimaba a mis hermanas y nos pegaba".

Dice que actualmente su mamá "tiene otro señor", pero que no tiene hijos con él, que es sumamente nerviosa "y toda la vida ha tomado puros calmantes".

No recuerda a sus abuelos maternos, dice que no los conoció. Que sí tiene abuelos paternos pero que no se acuerda de ellos, ni sabe dónde viven.

Al preguntarle si algún miembro de su familia padece trastornos nerviosos, responde que no. (Aquí se contradice con lo que acaba de decir que su mamá es una persona sumamente nerviosa que constantemente toma calmantes).

La paciente no tiene orientación en tiempo ni lugar, no sabe qué día es, ni la fecha, solamente dice "es 1970" y no recuerda dónde está ubicada la clínica en que se encuentra.

Al preguntársele si siente ella amor por alguien, responde: "Amor, es una cosa muy opaca, todo lo ve bueno,

es muy fuerte y lo puede. Y todo le sale a uno bien. No puedo intervenir en el amor que tienen ellos”.

Al finalizar las entrevistas la paciente se mostró muy contenta me dio las gracias varias veces llamándome “doctorcita” y al salir juntas del cubículo donde fueron realizadas las entrevistas, se me agarró del brazo y me dio un beso en la mejilla (segundo intento de seducción). La acompañé hasta el jardín y me pidió que volviera a visitarla el jueves que es su día de visita. Volvió a agradecerme con mucha amabilidad y muy sonriente.

### CONCLUSIONES.

En la paciente existe estado confusional, muchos de sus párrafos carecen de sentido, hay desorganización del pensamiento, no recuerda hechos importantes de su vida y trata de llenar estas lagunas con fabulaciones, delirio de tipo sexual, un temor constante de ser violada. (En el examen médico practicado a la paciente se comprobó que era virgen). Pérdida absoluta de la vida afectiva.

### DIAGNOSTICO.

La paciente presenta un cuadro de ESQUIZOFRENIA unido a una personalidad de tipo paranoide con el antecedente de HOMOSEXUALIDAD. La enfermedad de la paciente fué condicionada por el medio ambiente en el cual se desarrolló, que unido a una personalidad predisponente lo cual da como resultado que el padecimiento actual sea considerado como grave e irreversible.

### PRONOSTICO.

El cuadro psiquiátrico de la paciente es irreversible, lo único que puede lograrse por tratarse de una personalidad de tipo paranoide es evitar que su padecimiento avance más, lo cual agravaría la peligrosidad de la enferma.

## TRATAMIENTO.

Esto puede lograrse con Psicofármacos, los cuales serán prescritos por el médico y con una terapia de tipo ocupacional que mantenga a la paciente alejada de tensiones que puedan provocarle reacción de agresividad.

## C A S O V

### HISTORIA CLINICA

#### 1) FICHA DE IDENTIDAD.

NOMBRE: Blanca. C.

EDAD: 21 años.

SEXO: Femenino.

ESTADO CIVIL: Soltera (vive en amasiato con Guillermo Baujares).

OCUPACION: Obrera en una fábrica de radios.

ESCOLARIDAD: 6o. año de primaria.

RESIDENCIA: México, D. F.

RELIGION: Católica.

PROCEDENCIA:

FUENTE DE INFORMACION.—LA PACIENTE.

#### 2) DESCRIPCION BREVE DEL PACIENTE.

La paciente es de rasgos finos, 1.60 mts. de estatura, de cabello oscuro y tez morena clara, complexión delgada 57 kgs. de peso aproximadamente.

No representa la edad que tiene, se ve mayor aparenta entre 27 y 30 años.

Se presenta a la consulta en ropa de calle de mediana calidad, bien arreglada y limpia, con el maquillaje y peinado exagerados.

Al parecer íntegra físicamente, viene por su propio pie.

### 3) DESCRIPCION BREVE DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

Fué traída a la clínica por sus familiares.

Empezó con dolores muy fuertes de cabeza (cerebro) y “desguanzamiento”, no podía hablar, se quedó paralítica un tiempo sin poderse mover en lo absoluto.

Presentó alucinaciones visuales, con gritos y pérdida de la memoria y estado confusional.

Su información está motivada por afectividad.

La paciente se mostró muy contenta durante las entrevistas, cooperativa, con risas y ademanes exagerados.

El presente estudio fué realizado en 2 entrevistas.

### 4) DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.

Según información que da la paciente dice que primero no podía hablar, ni comer, sentía dolores terribles en el “cerebro” y “desguanzamiento”.

No se acordaba de lo que hacía, todo le molestaba, se jalaba los cabellos y gritaba.

El motivo por el cual fué traída a la clínica dice la paciente es que “un día estando en una fiesta y después de haberme tomado algunas copas, vi que mi “marido” bailaba con otra, me dio hartísimo coraje y cuando quise pararme de la silla para ir a pegarle a él y a la otra fulana, no pude y empecé a ver las serpentinas como culebras que se me venían encima, empecé a gritar y a jalarme los cabellos, y solamente recuerdo que vino mi esposo y me dio de cachetadas, de ahí ya no me acuerdo qué paso hasta que desperté y ya estaba yo aquí”.

Dice la paciente que algunas veces, ha sentido deseos de suicidarse tomando pastillas pero que no lo hace por sus hijos. Confiesa que aquí en la clínica se siente más tranquila y que está contenta.

#### 5) HISTORIA PERSONAL.

La paciente no sabe nada de cómo fué el embarazo ni el parto de su madre cuando ella nació, tampoco recuerda nada de su desarrollo durante la infancia.

Dice que durante su infancia casi no vió a su madre, ya que la mayor parte del tiempo vivió con su abuela paterna.

Fué su abuelita quien la llevó a la escuela, dice que sí le gustaba y que estuvo contenta con sus compañeras y maestras, que siempre obtuvo buenas calificaciones; sin embargo no recuerda el nombre de la escuela donde estudió. Dice que las materias que más le gustaban eran “Lenguaje y matemáticas” que le “chocaba la historia”.

Un día decidió dejar la escuela porque ya no le gustó estudiar, entonces su abuelita la regresó con su mamá, pero como su madre tenía “amigos”, ella le estorbaba y además una amiga de su madre que no sabe cómo se llama pero que

le decían “la flecha”, la obligaba a salir todos los días a conseguir lo del “mandado”, esto a ella no le gustaba y volvió a regresar con su abuelita y decidió meterse a trabajar junto con su hermano y una tía paterna en una fábrica de calzado, no recuerda con claridad el trabajo que desempeñaba en esta fábrica, donde estuvo trabajando por espacio de dos años, dice que se salió porque le pagaban a destajo y no le convenía. De ahí pasó a trabajar al Instituto de Rehabilitación por una amiga que la recomendó, ahí se ocupaba de hacer limpieza.

Dice la paciente que las fiestas le gustan mucho porque se distrae, toma un poco, pero fuma mucho.

Nunca ha tenido nada que ver con la justicia, confiesa que dice mentiras en el trabajo y a su esposo.

Dice no haber robado nunca, pero que cuando va al mercado “cojo lo que me encuentro” (fruta, verdura, etc.) La paciente dice que actualmente sus familiares se portan bien con ella, que con los papás de su “esposo” no tiene problemas, pero que con sus cuñadas sí, porque “yo me arreglo mucho” y ellas no, entonces esto les molesta y me critican”.

En cambio dice que con sus cuñados tampoco tiene problemas. “La llevo mejor con los hombres”, las mujeres me tienen envidia, bueno me refiero a mis cuñadas”.

La paciente dice ser católica y estar bautizada al igual que sus hijos, hizo la primera comunión y antes se iba a misa. “pero desde que estoy amancebada ya no”. “Cuando me siento cargada de pecados me confieso y me siento aliviada”. Dice que le da miedo salir de noche por sus “pecados”.

Presentó durante la infancia, las enfermedades propias de esta época (viruela, sarampión, tosferina, rubeola, etc.).

Su menstruación se presentó a los 12 años, dice que no sintió miedo porque una amiga suya ya le había dicho todo, aunque antes y durante la menstruación, se siente cansada y triste.

Su primer contacto sexual lo tuvo a los 18 años, dice que fué el día 18 pero no recuerda qué mes.

Esta relación sexual fué de “sorpresa”, dice la paciente que ella quería mucho a su novio y tenía deseos de tener relaciones con él, entonces él la llevó a su casa diciéndole que iban a visitar a sus padres y al llegar a la casa no había nadie, tuvieron relaciones sexuales y ella, se sintió mal porque sangró mucho, pero que al fin se sintió “conforme porque ya lo deseaba”, dice que su novio se portó esa vez con ella “muy serio pero cariñoso” y desde entonces se quedó a vivir en la casa de él. Se embarazó más o menos a los cinco meses de vivir con él, se sintió realmente contenta, nunca le preocupó estar encinta. Dice que los tres primeros meses estuvo acostada pues tenía mareos y vómitos, al entrar en el cuarto mes, las molestias desaparecieron y el parto fué normal.

Volvió a embarazarse al año siguiente y ya no sintió tanto el embarazo, tuvo mareos pero “ya no perdía yo la consciencia como en el primero”.

Dice la paciente que las dos veces que se embarazó, su esposo se enojó con ella y se desapareció por algún tiempo aunque después volvía y actualmente quiere a sus dos hijos mucho. Son dos hombrecitos uno de 2 años y 7 meses y el otro de 8 meses.

Cree que actualmente está embarazada porque su marido hace tiempo que no viene a verla.

Las veces que tiene relaciones sexuales con su "marido" se siente satisfecha, dice que sus relaciones eran más o menos cada tercer día.

La paciente no padece flujos solamente durante sus dos embarazos, nunca se ha masturbado.

Las veces que ha tenido relaciones con su esposo han sido cariñosas y él le dice que le diga hasta que esté satisfecha.

"Cuando él eyacula pronto, yo no quedo contenta y entonces tenemos dos relaciones más o menos cada vez".

Dice que durante el contacto sexual ella siempre está contenta riéndose. "Lo hacemos en diferentes posiciones".

No existen en las relaciones sexuales de la paciente perversiones de ningún tipo. Nunca ha tenido tampoco relaciones homosexuales. Ni abortos.

La paciente dice no estar satisfecha con la vida que lleva, desea casarse con el hombre que vive para tener su hogar, para ya no trabajar y cuidar de sus hijos. Dice que su esposo que es chofer ya le dijo que pronto se casarán y le pondrá su casa aparte y ya no tendrá que trabajar.

Ella dice que mientras él no le cumpla, ella no dejará de trabajar pues no quiere que sus hijos sean choferes como su marido, quiere que estudien.

Actualmente se siente bien y dice tener muchísimos deseos de ver a sus hijos, ya que hace tiempo que no se los traen, ni su esposo viene a verla y eso la deprime.

El problema principal de la paciente es que no ha podido legalizar su situación.

Si se le agrede no responde porque es una persona sumamente tímida, ha vivido siempre sometida, no guarda

rencor a su esposo a pesar de todo. Si es tratada por la buena trata de corresponder y está totalmente convencida de que logrará sus aspiraciones por lo que se muestra durante las entrevistas alegre, optimista y exageradamente cooperativa.

## 6) HISTORIA FAMILIAR.

### PADRE.

Heladio Vázquez, vive.

Se separó de su madre cuando ella era muy pequeña y no lo volvió a ver.

La paciente se fué a vivir en esta época con su abuela paterna, después con un hermano y por temporadas vivía con su madre.

### MADRE.

Hipólita Cruz, vive.

Está vuelta a casar después de haber tenido varios "amigos", con su segundo esposo tiene dos hijos y niega ante ellos a las dos hijas de su primer matrimonio (Zita la hermana mayor) y Blanca (la paciente) las cuales son consideradas por el marido de su madre como sobrinas de ésta. La paciente sabe que es negada por su madre. La hermana mayor fué a los 11 años de sirvienta y fué violada por un tío, actualmente ya está casada.

## REFERENCIAS DE LA MADRE DE LA PACIENTE.

Se citó a la madre de la paciente a una tercera entrevista, la cual se realizó sin que la paciente estuviera presente, con el fin de poder obtener más datos sobre este caso, ya que la paciente no recuerda pasajes muy impor-

tantes de su vida que contribuyeron de manera fundamental en el desencadenamiento de la enfermedad.

La madre de la paciente relata que se embarazó de su primera hija y este fué el motivo para casarse con su primer marido.

Sus relaciones interfamiliares eran precarias, ya que constantemente tenía dificultades con sus cuñados.

Al nacer su hija Zita (hermana mayor de la paciente), decidieron irse a vivir a una **cueva** para evitarse problemas con la familia de su esposo.

En la cueva fué donde nació Blanca (la paciente). Este embarazo y el parto fueron normales. La niña venía de presentación paladica, fué un parto doloroso, sin anestesia ella dice que se desmayó y que fué atendida por una comadrona, finalmente la niña nació bien y fué sanita.

Tomaba bien el pecho, podía succionar perfectamente, el desarrollo psicomotor fué normal, el destete fué al año.

La madre describe a la paciente como una niña precoz.

Dice la señora que su marido frecuentemente llegaba borracho y la golpeaba, pero que cuando la paciente tenía tres meses, un día llegó mariguano y quiso volar la cueva con ella y sus hijas adentro. Ella agarró a las dos niñas y desde ese día se fué a vivir con sus suegros y nunca más volvió con el padre de la paciente. Posteriormente se fué a vivir con sus familiares y un día decidió dejar a sus dos hijas con sus tías ya que ella ganaba muy poco lavando ajeno y una prima le aconsejó que "modelando" ganaría mucho más para poder vivir mejor. "En este tiempo Blanca tenía 5 años y se la llevó la mamá de mi marido, pues decía que yo era una prostituta". Confiesa haber tenido muchos "ami-

gos”, pero sin embargo dice haberse cuidado de dar malos ejemplos a sus hijas.

Después de un tiempo volvió a casarse y no le dijo a su segundo esposo que tenía dos hijas. Le dijo que eran sus sobrinas, actualmente tiene dos hijos con este señor y tanto él como los hijos creen que Zita y Blanca son sobrinas de ella. Tanto la paciente como su hermana mayor aceptaron esta situación por no perjudicar a su madre en el nuevo matrimonio y además como casi no vivieron con ella no les importó que se casara de nuevo. Dice que la enfermedad de su hija le preocupa, pero que Blanca ya tiene su marido y sus hijos y que ella también ya tiene su vida con su otro marido y sus dos hijos.

Culpa a su hija de su situación pues dice que el “marido” de Blanca es muy mujeriego que le da mala vida y que ella no quiere dejarlo. Que una vez le pegó y se fué a casa de su hermana Zita y él fué y la volvió a convencer de irse nuevamente con él.

Desea que todo termine pronto para que así ya “estemos todos en paz”.

### CONCLUSIONES.

Al estudiar los antecedentes causales de la enfermedad de la paciente se concluye que ésta ha sido motivada por las circunstancias ambientales en las que se desarrolló la paciente.

Carencia absoluta de afectos, rechazo por parte de sus padres debido a la ignorancia y a las condiciones infrahumanas en que vivían. Motivaron a la paciente a refugiarse en la persona que creyó le brindaba cariño (el hombre con quien ha procreado dos hijos), sin embargo se siente defraudada y sabe que este apoyo que ella tanto necesita tampoco es sólido, lo que le angustia terriblemente. Confiesa que

aunque es "feliz" con su marido, el sólo es "cariñoso de a muecas".

#### DIAGNOSTICO.

La paciente presenta un cuadro de HISTERIA DE CONVERSION (Le angustia la inseguridad, la falta absoluta de afecto, las manifiesta con parálisis de las piernas y pérdida del habla, las cuales cesan después de habersele aplicado seis tratamientos con gas).

Presenta estado confusional, pérdida de la memoria (amnesia total de los pasajes de su vida que le son más dolorosos), tiene lagunas mentales, las cuales trata de llenar con hechos sin importancia para que no sean notados por el entrevistador.

#### TERAPIA.

La paciente sí tiene insight, se da cuenta perfectamente de cuál es su situación. Se angustia y relaciona un hecho vivido anteriormente (falta de afecto), con un hecho presente (su situación actual de inseguridad) lo cual le provoca el estado de ansiedad y depresión.

Se recomienda terapia de apoyo, ya que su problema es que no legaliza su situación actual. Para lo cual debe alejarse por un tiempo de la situación que le provoca tensión, deberá distraerse con trabajos manuales ya que la paciente muestra gran disposición e interés hacia ellos. Una vez que se haya logrado calmar su angustia deberá hacerse entender poco a poco cómo puede enfrentarse a sus problemas y resolverlos definitivamente.

# Conclusiones



La realidad social y la intimidad del hombre, son infinitamente complejas y, reclaman, en consecuencia, respuestas igualmente complejas de la psicología moderna.

Cada hombre representa una especificidad intransferible.

Las generalizaciones, las etiquetas que, no sin desenfado o irresponsabilidad, suelen imponerle ciertos estudios *diversos* ~~de~~ de una Psicología esquemática, mecánica, -tecnocrática en algunos casos- al hombre de hoy no sirven sino para confundirnos y, en ocasiones, para erosionar el prestigio de una profesión que no puede ser encorsetada por el facilismo de aquellos que piensan que, en la Psicología como en la Física, a toda acción igual corresponde una reacción igual.

Podría sintetizar así todo lo anterior: La Psicología no es un libro de recetas, ni un formulario de preguntas y respuestas definitivas, sino un punto de partida, una herramienta de trabajo, con la cual podemos ensayar, imaginar, discernir hipótesis y, sobre todo, conocer e interpretar la conducta humana para poder influir en los procesos de su transformación. Incitar al hombre a autodirigirse y auto-transformarse es, a mi juicio, una de las misiones centrales de nuestra profesión.

En este orden de ideas, la entrevista psiquiátrica constituye un elemento indispensable que posibilita la comunicación, la interinfluencia, factores estos últimos necesarios para orientar de una manera indicativa y no imperativa-democrática, podríamos decirle así, y no tecnocrática- los pasos de un modelo de conducta que mejor se adapte a los requerimientos de una sociedad que no es ni mejor ni peor que la de antes, sino simplemente distinta. La Psicología moderna, la Entrevista Psiquiátrica (así como el Derecho, la Política, la Filosofía, la Ciencia y la Tecnología) son herramientas de trabajo para adaptar al hombre a las nuevas dimensiones del mundo. Se trata, en definitiva, de preparar al hombre para que esté en aptitud de adaptarse al cambio del mundo, sin traumas excesivamente dolorosos.

# Referencias Bibliográficas

- ADRIAN, F. D.—La Base de la Sensación.—Monografías de Psicología Normal y Patológica, Madrid, 1947.
- ALEXANDER, FRANZ, HELEN ROSS, ET. AL.—Psiquiatría Dinámica.—Traducción de Luis Fabricant y Blas A. Sosa, Supervisión de Carlos A. Paz, 2a. ed., Buenos Aires, Editorial Paidós, 1962, 474, p., (Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicodinámica).
- ALLPORT, D. W.—Personality A Psychological Interpretation.—Nueva York, Holt, 1937.
- ALLPORT, D. W., VERNON.—Studies in Expressive Movement.—Nueva York, Mc. Millan, 1942.
- COFER, C., APPLEY, M. H.—Psicología de la motivación.—México, Editorial F. Trillas, 1970.
- CRUCHON, S. J., GEORGES.—Iniciación a la Simbología Dinámica.—Madrid, Editorial Marfil, 1965.
- DREVER, JAMES. A.—Dictionary of Psychology.—Nueva York, Penguin Books, 1952.
- FRAISSE, PAUL.—Manual de Psicología Experimental.—Buenos Aires, Editorial Kapelusz, 1960.
- FRANKL, V. E.—Psicoanálisis y Existencialismo.—5a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1967.
- FRANZ, ALEXANDER.—Psiquiatría Dinámica.
- FREUD.—Abrege de Psychoanaalyte.—París, 1938.
- FREUD, S.—Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis.—Obras Completas, Buenos Aires, 1943, Tomo XVII.
- FROMM, ERICH.—Psicoanálisis de la sociedad contemporánea.—8a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1970. (Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis).
- FROMM.—Op. Cit., p. 29.
- GOEBBELS JOSEPH.—Mis memorias.—Traducción de Luis Vigotá, Barcelona, Editorial Rambla, 1953.

- GREY WALTER W.—El Cerebro Viviente.—Tra. de Augusto Fernández Guardiola, México, Fondo de Cultura Económica, 1961, 296 p., fots., ils., (Colección Popular, 157).
- GREY WALTER.—Op. Cit., p. 63.
- GUSTAV RICHARD.—Psicoanálisis del Hombre Normal.—Buenos Aires, Editorial Psique, 1964.
- HUXLEY ALDOUS.—Un Mundo Feliz.—México, Editorial Diana, 1952.
- IBIDEM.—p. 51.
- IBIDEM.—p. 234.
- IBIDEM.—P. 334-335.
- JEFFRES S. A.—Cerebral Mechanisen in Behavior.—Nueva York, Editorial Londres Chapman and Hall, 1951.
- LAING R. O.—El Yo Dividido.—México, Fondo de Cultura Económica, 1953, (p. 104).
- LEBON, GUSTAVE.—La Psychologie des Joules.—París, 1925.
- LEWIN KURT.—A Dynamic Theory of Personalilly.—Nueva York, Mac. Graw Hill, 1935.
- MADSEN K. B.—Teorias de la Motivación.—Buenos Aires, Editorial Paidós, 1967.
- MADSEN K. B.—Teorias de la Motivación.—Buenos Aires, Editorial Paidós, 1969.
- MOREAUD JACQUES.—La Psychologie de la Jeunesse.—París, Hacjelte, 1970.
- MURRAY H. A.—Explorations in Personality.—Nueva York, Oxford University Press, 1938.
- NOYES P. ARTHUR, et. al.—Psiquiatría Clínica Moderna.—Traducción del doctor Leopoldo Chagoya Beltrán, 3a. ed., México, La Prensa Médica Mexicana, 1966, III-670 p.
- ORTEGA Y GASSET, JOSE.—El Espectador.—Obras Completas, Buenos Aires, 1947. Tomo II.
- ORTEGA Y CASSET, JOSE.—La Rebelión de las masas.—Madrid, 1934.
- PAVLOV I. P.—Conditioned Reflexes and Psychiatry.—Nueva York, Harcourt Brace, 1927.  
nómica, 1970.
- PAZ OCTAVIO.—El laberinto de la Soledad.—6a. ed., México, Fondo de Cultura Eco-  
PAZ, OCTAVIO.—Op. cit., p. 38.
- RENAN.—La vida de Cristo.—Madrid, Editorial Zeuz, 1931.
- ROGERS.—Psicodiagnóstico.—Buenos Aires, 1952.
- SAYOGUES ANTONIO.—La Influencia de la Palabra en los destinos de la Historia.—Madrid, Editorial Athenea, 1964.

- SCHUMPETER JOSEPH, A.—Capitalism, Socialism and Democracy.—Nueva York, Harper and Brothers, 1947.
- SCHUMPETER.—Op. cit., p. 261-262.
- SELYE H.—The Stress of life.—Nueva York, Graw Hill, 1956.
- SHERY MUZAFER.—The Psychology of Social Norms.—Nueva York, Harper, 1936.
- SHERY.—Op. cit., p. 102-103.
- SULLIVAN, STACK, HARRY.—La Entrevista Psiquiátrica.—Traducción de Federico López Cruz, Introducción de Otto Allen Will, Buenos Aires, Editorial Psique, 1964, 278 p.
- SULLIVAN.—La Entrevista.—Op. cit., p. 32.
- SULLIVAN.—La Entrevista.—Op. cit., p. 36.
- SULLIVAN.—La Entrevista.—Op. cit., p. 45.
- SULLIVAN.—La Entrevista.—Op. cit., p. 77.
- SULLIVAN, STACK HARRY.—Concepciones de la Psiquiatría Moderna.—Buenos Aires, Editorial Psique, 1943.
- SULLIVAN.—La Entrevista.—Op. cit., p. 10-25.
- UNAMUNO, MIGUEL DE.—La Verdad Absoluta y la Relativa.—Obras completas, Madrid. Editorial Labor, 1931, Tomo IV.
- WALLAN, H.—Introduction a l'étude de la vie mentale.—Encyclopedie Francaise Tomo VIII.
- WHITE W. A.—Social Psychology.—Nueva York, Harper, 1952.
- WOLBERG, R, LEWIS.—The Technique of Psychotherapeutic.—Nueva York, Grune and Stratton, 1954.
- WOLFF, WERNER.—Introducción a la Psicología. Una Refutación Documentada del Mecanismo y Una Defensa Decidida de la Escuela Organicista.—11a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1969.
- WOLFF.—Op. cit., p. 243-244.
- WOLFF.—Op. cit., p. 269.
- WOLFF.—Op. cit., p. 269-270.
- WOLFF WERNER.—Op. cit., p. 325-353.