Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

La Historia Clínica.-
I.- La Anamnesis

Tesis

que para para obtener el grado de

Maestría en Psicología Clínica

presenta

Isabel Díaz Portillo

México, D. F. 1973

MI agradecimiento para:

EL PROFR. ARMANDO SUAREZ, POR SUS VALIOSAS INDICACIONES PARA LA REDACCION DE ESTA TESIS.

EL MAESTRO Y AMIGO, DR. SANTIAGO RAMIREZ, ASESOR DE ESTE Y DE OTROS TRABAJOS MIOS.

I N D I C E

INTRODUCCION

La tesis que me propongo desarrollar, tiene por objeto la descripción de los fines, razones y técnicas de la anamnesis como parte de la "Historia Psiquiátrica".

Considero de suficiente importancia el tema, ya que un buen interrogatorio proporciona elementos diagnósticos fundamentales y permite orientar la subsecuente exploración del paciente tanto en los aspectos mentales como en los orgánicos, hacia aquellas funciones aparentemente no alteradas a simple vista, a la valoración de la intensidad de la perturbación de las ya reconocidas como afectadas y a la correcta indicación de los estudios complementarios que permiten determinar diagnósticos diferenciales y factores etiológicos, contribuyentes o predisponentes. Además, en seis años de docencia en materias clínicas, me he enfrentado a la carencia de un texto en español que, a la manera de las propedéuticas médicas enseñe a quien se inicia en la práctica clínica a explorar ordenadamente síntomas, signos, causas posibles y circunstancias que rodean la vida del paciente, con sentido dinámico y no puramente estadístico-descriptivo, de tipo "inventario", esto es, a hacer un buen interrogatorio.

Al concebir por vez primera el plan general de este trabajo, intentaba incluir en él la discusión de los diversos esquemas de historia clínica propuestos por varios autores, para la consignación de los datos obtenidos a través del interrogatorio del enfermo mental. Siendo tales diferencias más de forma que de fondo, entre los autores de orientación dinámica, decidí dejar de lado tal tema, adoptando para mi exposición el conocido esquema de Menninger (43), con el fin de reducir, aunque fuera en mínima parte la extensión del material consignado.

Enfocado desde el punto de vista dinámico, el interrogatorio se da y forma parte de una situación de relación interpersonal entre paciente y en

trevistador, en la cual es importante no sólo diferenciar adecuadamente los síntomas (el cómo) de la enfermedad, sino el por qué y para qué de ellos, es decir, los factores ambientales presentes y pasados que facilitan y explican el desarrollo patológico, los recursos y limitaciones del paciente y las fuerzas en conflicto. Es importante llegar a un diagnóstico, pero alcanzarlo no es simplemente catalogar al paciente en una determinada entidad nosológica, sino entender su vida, lo que lo hace singular, característico y diferente de otros enfermos con la misma etiqueta diagnóstica.

Es evidente que la postura teórica del entrevistador influye sobre su exploración y actitud frente al paciente, pero a su vez la teoría es producto de una larga evolución histórica y su elección está condicionada por las circunstancias individuales y ambientales del entrevistador. Por estas razones he considerado conveniente dedicar un capítulo de mi trabajo a la revisión de la "Evolución histórica del estudio del enfermo mental", que divido en una parte general y otra dedicada a México en particular. En el segundo capítulo: "La entrevista psiquiátrica", incluyo la definición de la situación, las actitudes del entrevistador que favorecen o interfieren con su desarrollo, las modalidades técnicas necesarias para su manejo, dependiendo de la actitud del paciente y la iniciación de la entrevista. El tercer apartado versa sobre la técnica de interrogatorio de los síntomas, el cuarto sobre la aplicable a la recolección de los datos necesarios para integrar la historia familiar y personal del paciente; en el quinto presento un ejemplo de anamnesis y por último unas breves consideraciones finales.

Basaré mi exposición en referencias bibliográficas y en la utilización del material que he acumulado a lo largo de once años de dedicación a la práctica clínica y seis a la enseñanza.

I.- EVOLUCION HISTORICA DEL ESTUDIO DEL ENFERMO MENTAL

Laín Entralgo (37) opina, con razón, que "la forma interna" del relato patográfico, aquella de que es vestidura verbal o retórica su "forma externa", constituye el término de una imperativa faena de selección. El narrador se ve obligado siempre a elegir las notas descriptivas más idóneas a los fines de su propia narración". Este criterio selectivo está condicionado por la concepción de la enfermedad, que deriva a su vez de las ideas mágico-religiosas, filosóficas y científicas de la época que circunscribe al médico. Encontramos lo que buscamos y buscamos lo que se nos ha enseñado a investigar. Excepto algunos geniales innovadores, el médico no verá en el enfermo, a pesar de sus técnicas más o menos especializadas, más que lo que su tiempo histórico y su historia personal le permitan observar. Esta circunstancia hace inevitable, aún en detrimento de la brevedad, el examen de las situaciones culturales, científicas y políticas que enmarcan, condicionan y explican las características del registro de datos en la enfermedad mental.

El mundo del primitivo es mágico y animista, no puede extrañarnos que si los fenómenos naturales se atribuyen a la intervención de dioses y espíritus, las causas de una dolencia se identifiquen con influencias malignas de otros seres humanos o sobrenaturales y que se enfrenten a ellas mediante la magia o la brujería en el primer caso y las prácticas mágico-religiosas en el segundo. Alexander y Selesnick (2) opinan que: "En el sentido que estos métodos de curación constituían intentos de alterar psicológicamente las consecuencias malignas, la psiquiatría es, históricamente, la más antigua de las especialidades médicas. La medicina primitiva puede considerarse básicamente como una psiquiatría primitiva. Las afecciones mentales y físicas no estaban delimitadas, ni tampoco la medicina, la magia y la religión... El primitivo curandero se enfrentaba contra los seres y espíritus malignos que torturaban a su paciente mediante actuaciones humanas como la apelación, adora---

ción, súplica, soborno, intimidación, apaciguamiento, confesión y castigo, expresadas a través de exorcismos, rituales mágicos y encantamientos". Procedimientos análogos a los que se usaban para conseguir de los dioses agua abundante y buenas cosechas. Los incipientes métodos de comunicación gráfica, nos impiden saber cómo examinaban los hechiceros a los enfermos, pero impresionaban a pacientes y espíritus mediante complicadas vestiduras. La figura más antigua del hechicero-curandero parece ser la pintura rupestre de la cueva de los Tres Hermanos, en los Pirineos franceses, (17,000 años, según Luna Husillos, 39). Por su atuendo y la sugestión que ejercían sobre sus pacientes, además de la influencia derivada de sus funciones sociales propiciatorias de bienestar y alejadoras de desgracias, los hechiceros son individuos poderosos, importantes y sumamente bien considerados en las sociedades primitivas.

En las estructuras sociales más avanzadas los curanderos formaban un élite, cuyo prestigio era proporcional al grado de cultura del grupo. La profesión podía ser hereditaria o derivarse de circunstancias extraordinarias indicativas de privilegio divino, como quedar indemne en una situación en la que otra persona hubiera muerto o sufrido mutilaciones. Con frecuencia un sujeto llegaba a ser brujo-curandero después de presentar una convulsión o caer en trance, con alucinaciones reveladoras de que éste era su camino. Este método de selección es especialmente frecuente entre los Osa-Kaffirs de Africa del Sur, algunas tribus siberianas y los indios norteamericanos. Frecuentemente la enfermedad es una psicosis y durante ella, el futuro curandero es tratado por un colega que le instruye en diversas maniobras rituales (2).

Aguirre Beltrán (1) concluye que la causa eficiente de la enfermedad entre las tribus negras es el pecado, la transgresión y quebrantamiento de los tabús. "El primer movimiento del negro ante la aparición de una dolencia es el examen de conciencia.

¿cuál ha sido su falta?. ¿Ha descuidado los deberes para con los muertos, sus ancestros?... El pecado, causa eficiente de la enfermedad, tiene como agregados causas determinantes y coadyuvantes: a) La ausencia o captividad del alma-sueño (subconciencia); b) la pérdida parcial o injuria del alma soplo (conciencia); ambas debidas a la acción mágica de un enemigo hechicero; c) el resentimiento del alma-soplo motivado por deseos hostiles reprimidos; y d) la ansiedad y temor ante la muerte. Concorde con la etiología, es al dios ancestro o dios tribal a quien debe interrogarse sobre el motivo del mal y para ello el negro ha ideado e institucionalizado el método de la posesión mística. Crisis de melancolía, frenesí, obnubilación, mutismo, estados crepusculares, convulsiones, delirios y alucinaciones se explican como manifestaciones de posesión por el dios ancestro, que ha señalado al individuo como instrumento para comunicarse con el mundo de los vivos; si durante las crisis se resiste al intento de ser poseído por el dios se cae en la locura; si se acepta, el individuo se convierte en iniciado, sujetándosele a un largo y riguroso entrenamiento para capacitarlo en su labor de vehículo de comunicación con el dios. Durante el curso de este proceso, el médico u otro iniciado de mayor antigüedad, descubre el nombre particular del dios ancestro que ha hecho presa del iniciado, conoce así la naturaleza del dios, sus hábitos y, por tanto, el ritual específico que le corresponde (danza, lenguaje)... Para el antropólogo Herskovits y otros la crisis de posesión no es un fenómeno patológico, sino un fenómeno normal en los términos de los patrones culturales africanos, es un fenómeno institucionalizado, regulado y sujeto a control, que se presenta en gran número de individuos de una cultura particular".

En Babilonia los primeros médicos fueron los sacerdotes de Assipu. Más tarde existieron médicos no sacerdotes denominados "A-zu". Los médicos sacerdotes se ocupaban de las enfermedades internas y, especialmente, de las afecciones mentales,

que eran atribuídas a posesión demoníaca y curadas mediante métodos mágico-religiosos; (2). Del palacio de Azurbanipal en Nínive, proceden tablillas cuneiformes de 2,000 años de antigüedad en las que se describen distintas enfermedades, clasificándolas según la parte del cuerpo afectada: enfermedades de la cabeza, cuello, tronco, etc., incluyéndose detallada mención de signos y curso de la enfermedad (Castillo M.A.; 10). Los babilonios creían que las estrellas eran divinas y poseían una inteligencia superior, por lo que en el tratamiento de las enfermedades se empleaban ciertas drogas, procedimientos mágicos y conocimientos astrológicos. Al igual que en otros actos de la vida, se empleaba en la enfermedad el examen de los órganos de animales sacrificados, para adivinar el pronóstico del enfermo por cuya intención se hacía el sacrificio. Después de diagnosticado el enfermo, el sacerdote invocaba al dios particular especializado en esa enfermedad, y a la deidad a cuyo cargo estaba la ciudad. La locura estaba causada por el demonio idta; (2).

El pueblo egipcio se vió sujeto a la influencia mística del Oriente y a la primitiva africana. Imhotep, médico que vivió aproximadamente en el 2,850 a. de J.C., fue deificado como dios de la medicina, reemplazando en importancia a otros dioses sanadores. Su templo en Memfis se convirtió en escuela de medicina y hospital, donde se practicaba el sueño de incubación, especie de psicoterapia desarrollada más tarde por los sacerdotes de Esculapio. Los egipcios establecieron en sus templos un ambiente recreativo que consideraban favorable para la recuperación de los enfermos: excursiones, conciertos, danzas, pintura, dibujo. Cuando se lograban las curaciones se atribuían al dios bajo cuya custodia estaba el templo en cuestión (2). En el papiro de Edwin Smith, procedente del 1,700 a. de J.C., se señala la relación entre el cerebro y las funciones mentales (Meneses Hoyos, 42). Los egipcios creían que las diversas partes del cuerpo estaban gobernadas por espíritus específicos y compuestos, al igual que el macrocosmos, por cuatro elemen

tos: agua, aire, tierra y fuego. La enfermedad se debía a la incapacidad del cuerpo para expulsar -- las substancias impuras mediante la orina, heces, sudor y mucosidades y por tanto, el armamentario - terapéutico añadía a las invocaciones a los dioses: eméticos, laxantes, diuréticos, diaforéticos, sangrías, enemas, opio, incienso y diversas sales metálicas; (10). Creían que la entidad posteriormente designada como histeria por los griegos, se debía a malposición del útero y la trataban mediante fumigaciones vaginales.

El punto de vista fundamental que caracterizó la medicina hebrea primitiva, fue la creencia de - que un solo dios era fuente de salud y enfermedad; el propósito de la enfermedad -incluyendo la locura- era castigar al hombre por sus pecados. En -- los relatos bíblicos se imputa a demonios malignos la causa de la locura, del asma y de otras oscuras condiciones, pero la fuerza suprema de control era divina, los demonios eran puramente agentes precipitantes. La enfermedad mental de Saúl, descrita en el primer libro de Samuel, se interpretó como - causada por un espíritu maligno enviado por dios. Abrumado por la depresión, Saúl intentó persuadir a su criado de que le matase y al no conseguirlo - se suicidó. Existen diversas descripciones bíblicas de excitación catatónica y ataques epilépticos. Se cita que Nabucodonosor padecía de licantropía - (2), pero estos relatos son exclusivamente descriptivos, procedentes de observadores superficiales - no médicos. La enfermedad, proviniendo de dios, - es campo del rabino, que posee mecanismos especiales para implorar al Gran Sanador; algunos como -- Ami, recomendaban (además de sus invocaciones y rituales) diversiones como tratamiento de los trastornos mentales; el rabino Asi sostenía que el paciente debe hablar libremente de sus preocupaciones. Cuando quedaron establecidos los médicos laicos, su campo de actuación fue restringido, como - el de sus colegas egipcios y babilonios, por lo -- que no tenían jurisdicción sobre las enfermedades ocultas: las de tipo interno, la epilepsia y los -

trastornos mentales. Lo visible podía ser dominio del hombre, lo que no tenía causa física aparente seguía perteneciendo a dios (2).

Uno de los volúmenes del Zendavesta persa: el Venidad, dice que hay 99,999 enfermedades susceptibles de afligir el género humano, todas las cuales están producidas por demonios. De hecho, "Venidad" significa literalmente "la ley contra los demonios". En el concepto dualista de los persas, el bien y el mal estaban continuamente en pugna en el mundo; la lucha tenía lugar también, por supuesto, en el interior del cuerpo. Las fuerzas del cuerpo buscan el placer y, por tanto, el mal y se les opone el alma que conduce a la bondad y la pureza. Aunque el Venidad menciona tres clases de médicos -cirujanos, herbolarios y magos-, se insiste en los procedimientos mágicos y religiosos y se deposita la máxima confianza en los curadores espirituales: "curador de curadores, el que cura con la palabra, beneficia también el alma" (2).

Entre los hindues se creía que hace 5,000 años, Brama, compadecido de la degeneración humana, había regalado un libro: el Ayur o Yajur-Veda, el más elevado exponente de la sabiduría médica, uno de cuyos capítulos, el Buthavidya, trata de las enfermedades mentales. Los hindues creían que el cuerpo humano estaba formado por aire, bilis y flema o mucosidad. Su patología se basaba en el aumento o disminución proporcional de una de estas substancias. Los médicos tenían carácter sacerdotal. Entre su armamentario terapéutico se encontraban rezos, conjuros, remedios vegetales, sales minerales, sangrías, laxantes, ventosas, vomitivos (10) y la meditación budista (2). Entre los chinos se explicaba la patología mediante la interacción desequilibrada de las grandes polaridades entre el cielo y la tierra, entre el "yang", principio activo, seco, creador y masculino y el "ying" principio pasivo, húmedo, disolvente y femenino. El médico chino conoce el estado de salud examinando los labios, rostro y lengua. La farmacopea incluye el opio, ruibarbo, gra-

nada, se emplean sales minerales, acupuntura y moxibustión. (10)

Entre los griegos, Homero, unos 1,000 años a. de J.C., describe varios casos de locura: Ulises labra la arena en vez de los campos, Ayax mata corderos en lugar de enemigos. Interpreta la locura como castigo de los dioses, cita las artes médicas de Esculapio. Este, deificado, después, preside centenares de templos dedicados a la curación, caracterizados por ambiente agradable, rodeados de jardines y colinas y situados en hermosos lugares con baños. Posiblemente el enfermo obtenía estímulo y esperanza con el esplendor y magnificencia que lo rodeaba (2). Una vez supervisado y admitido el paciente, se le daban instrucciones sobre higiene personal y alimentación. El tratamiento más importante era el sueño en el templo ("sueño de incubación"), durante el cual Esculapio, dios de la medicina, revelaba al enfermo su diagnóstico y curación.

Hipócrates de Cos (460-377 a. de J.C.) aplicó las especulaciones de los filósofos combinándolas con observaciones clínicas. El padre de la medicina fue el primero que intentó explicar las enfermedades mediante causas naturales. En su opinión aquellos que por primera vez consideraron a la epilepsia como "divina" la llamaron "enfermedad sagrada" para ocular su ignorancia sobre la naturaleza de la misma; esta insistencia en el conocimiento racional, barrió el misticismo de los adornadores de Esculapio. La patología hipocrática se funda en el concepto de armonía de los humores derivado de Empédocles, que consideraba al universo constituído por agua, aire, fuego y tierra, con parejas de contrarios húmedo y seco, caliente y frío. Estos elementos se reunían y separaban sin cesar por la doble acción del amor y el odio y por las leyes de la atracción de lo semejante por lo semejante y la repulsión de los contrarios; (Serrano C., 52). Los humores hipocráticos y sus propiedades fueron: sangre: caliente; flema: sequedad; Bilis amarilla;

humedad y bilis negra: frío. Movidos por la orientación de la mente griega hacia la realidad natural, los médicos hipocráticos se sintieron en la necesidad de consignar por escrito, con precisión y orden sus experiencias frente al paciente. Las primeras historias clínicas bien caracterizadas de que tenemos noticias son las contenidas en el "Corpus Hippocraticum"; en las "Epidemias" hay cuarentidos ejemplos de ellas, siendo característica una extraordinaria finura en la observación y descripción del cuadro sintomatológico, contienen todo cuanto los sentidos del hombre pueden recoger, directa e indirectamente aplicados al cuerpo del enfermo; se llegaba a investigar hasta el sabor dulce o amargo del cerumen.

La historia comienza poniendo al enfermo el número que le corresponde dentro del grupo en que figura; se menciona directa o perifrásticamente al paciente, se hace breve referencia a los antecedentes y se describe día a día el curso de la enfermedad, hasta la curación o la muerte del enfermo. Los síntomas se ordenan rigurosamente en forma cronológica. Hay un cuidado permamente por descubrir las conexiones entre cada observación clínica y las peculiaridades geográficas, astronómicas y climáticas propias del lugar en que el paciente vivía y de la ocasión en que enfermó. Tomo de Laín (37) la siguiente historia, proveniente de "Las Epidemias":

"Enfermo tercero.- El hombre que habitaba en el Jardín de Dealces tuvo durante mucho tiempo pesadez de cabeza y dolores en la sien derecha; tras una causa ocasional le sobrevino fiebre y se encamó. En el segundo día fluyó de su orificio nasal izquierdo una poca de sangre no mezclada; dió de vientre una buena deposición; orinas tenues de variocolor, con pequeños eneoremas como harina de cebada y semejantes al esperma...Cuarto día: vómito poco abundante de materias biliosas, amarillas y al poco tiempo herrumbrosas; ligero flujo de sangre no mezclada por el orificio nasal izquierdo; iguales heces; igual orina; sudor en la cabeza y en las clavi

culas; tumefacción del bazo; dolor a lo largo de la pierna; tensión sin tumefacción en el hipocondrio derecho; no durmió en la noche; ligeras alucinaciones.. Sexto día: heces negras, grasas, viscosas fétidas; durmió; sensorio más lúcido...Noveno día: escalofrío, fiebre aguda; sudor, enfriamiento, alucionaciones; torcía el ojo derecho; lengua algo seca; sed; insomnio...Undécimo día: plena lucidez; apirético; durmió; orinas tenues. Permaneció dos días sin fiebre; ésta volvió al decimocuarto día. Tras esto, insomnio; toda clase de alucinaciones. Decimoquinto día: orina turbia, como cuando se agita después de haber estado en reposo; fiebre aguda; toda clase de alucinaciones; ningun sueño; dolor en las rodillas y en las pantorrillas; tras un supositorio, evacuación de heces negras...Decimoctavo día: no conocía; coma...Vigésimo día: durmió; lucidez completa; sudor; apirético; no tuvo sed; pero su orina era tenue..Cuadragésimo día: evacuación bastante abundante de heces mucosas y blancas; sudoración abundante y general; crisis final".

Consideradas en su conjunto las historias hipocráticas parecen ser excesivamente sobrias en la mención de antecedentes patológicos. Comienzan generalmente con la llegada del médico al domicilio del enfermo; o a lo sumo, en el momento en que se inició el proceso morboso descrito; en el caso de existir, no establece el médico una demarcación escueta entre ellos y el estado actual del paciente. No hay distinción clara entre los síntomas subjetivos y los hallazgos objetivos del médico. Son raras las alusiones a los tratamientos empleados. Para Hipócrates cada historia es la descripción de una enfermedad y hay tantas de estas como enfermos. El uso de términos diagnósticos es vago, solo a grandes rasgos aluden a una realidad bien definida y se procede con ellos de un modo bastante arbitrario. A pesar de que los nombres diagnósticos se asocian con frecuencia a datos puramente sintomáticos y no aluden a las entidades nosológicas que actualmente llevan el mismo nombre, podemos reconocer, por el curso de la enfermedad -

descrita en la historia, la existencia de un delirio febril. Lamentablemente la minuciosidad descriptiva de Hipócrates no tocó el contenido de las alucinaciones.

Aconseja nuestro autor que en el estudio del enfermo se exploren los hábitos, régimen de vida, edad y pensamientos del enfermo para conocer las enfermedades, datos de los que sólo selecciona para sus historias aquellos que a su juicio influyen causalmente sobre la enfermedad. Para él la anamnesis no era tan solo un método para indagar en el pasado del enfermo elementos causales, sino la prueba de suficiencia técnica y profesional, un ejercicio en el que el médico muestra al enfermo que es capaz de conocer su enfermedad más profunda y exactamente que él y del cual obtiene datos para establecer un pronóstico certero. Pero tampoco estos coloquios indagatorios y pronósticos quedan consignados en la historia hipocrática (37).

Hipócrates afirmaba que el cerebro es el intérprete de la conciencia y que de él procedían placeres, alegrías, risas, burlas, penas, dolores y temores y que si se afectaba por un exceso de humedad, calor o frío, podía producirse la locura (2). Intentó agrupar los cuadros sintomatológicos individuales en clases más amplias, por ejemplo en enfermedades agudas y crónicas, según su etiología, pronóstico y localización; trató de relacionar la constitución con la enfermedad. Describió una psicosis puerperal, una psiconeurosis con fobias, delirios en la tuberculosis y el paludismo, perturbaciones de la memoria en casos de disentería, desorden mental consecutivo a una hemorragia severa, epilepsia, histeria, manía, melancolía, asociación de alcoholismo con temblores de manos y delirium y el deterioro mental al cual llamó paranoia. Describió el carácter según el predominio de los cuatro humores; (Zilboorg y Henry, 66).

Los hipocráticos prescribieron como reglas higiénicas: baños y dieta y como terapéutica emplea-

ban sangrías, purgantes y eméticos. El eléboro se usaba en casos de locura. Para la curación de la histeria, que creían debida a emigración del útero fuera de la cavidad pelviana, recomendaban el matrimonio y los contactos sexuales (2).

Durante el período de predominio romano en el Mediterráneo se establecieron hospitales a lo largo de los caminos que conducían a Roma para atender a los heridos en las guerras, los médicos eran generalmente griegos tomados como rehenes, ya que Roma carecía de profesionales adiestrados. Asclepiades de Bitinia, nacido en el 124 a. de J.C., retórico y médico, ejerció sus habilidades en Roma; siguiendo las doctrinas de su época, consideraba que el hombre estaba formado por átomos que se atraían y repelían entre sí y entre los cuales existían poros, cuya oclusión impedía el movimiento de los átomos. De acuerdo con esto, para curar la enfermedad había que lograr su correcta movilidad mediante métodos mecánicos. La terapéutica era física y agradable: habitaciones luminosas y aireadas, música, baños y masajes, tanto para los enfermos físicos como para los mentales, cuyo trastorno era resultado de una alteración emocional. Esta terapéutica concordaba perfectamente con la mentalidad utilitaria y hedonista de los romanos. Asclepiades distinguió los delirios y las alucinaciones de las ilusiones, aunque los llamó de otra manera y dividió las enfermedades en agudas y crónicas (66).

Frente a esta concepción naturalista de la enfermedad, Aurelio Cornelio Celso (25 a. de J.C.-50 d. de J.C.), escritor de temas médicos y traductor de los hipocráticos, creía firmemente en la demonología y consideraba que algunas enfermedades se debían a la cólera de los dioses; sin embargo tenía también conceptos racionales en medicina. Creía que asustando a los pacientes se les podía curar al alejar a los espíritus que los poseían provocándoles enfermedades mentales. Encadenaba a los enfermos, les hacía pasar hambre, les aisla-

ba en una total oscuridad y les administraba catárticos, con la intención de atemorizarlos y curarlos (2).

Areteo de Capadocia (50-130 d. de J.C.) se interesó en lo que posteriormente se conocería como "personalidad premórbida" de los que desarrollan enfermedades mentales severas. Abandonó la terminología humoral, limitándose a la descripción clara: "Las personas sujetas al furor o a la manía, son naturalmente irritables, violentas, fácilmente dadas a la alegría, tienen el espíritu inclinado a la broma o a las cosas infantiles". Consideró que si los maníacos componían discursos sobre astronomía y filosofía, no era debido a inspiración divina, sino a su educación anterior. Concluyó que en el mismo sujeto aparecen estados maníacos y depresivos y que hay intervalos lúcidos entre estos estados. Prestaba gran atención al contenido ideatorio de los pacientes. Estableció diagnóstico diferencial entre manía y melancolía y alucinaciones alcohólicas, enfermedades seniles y delirios febriles. Describió en los siguientes términos el deterioro de los melancólicos: "No es raro ver su sensibilidad e inteligencia descender a tal punto de degradación que, sumidos en una absoluta insensatez, se olvidan de sí mismos, pasan el resto de sus vidas como animales y los hábitos de sus cuerpos pierden toda dignidad humana". Pero pudo percatarse de que no todas las personas con enfermedad mental están destinadas a presentar deterioro intelectual (66).

Celio Aureliano (98-138 d. de J.C.) recopiló algunas de las ideas de su maestro Sorano. Este observó que los maníacos "tienen ataques que son continuos o separados por intervalos durante los cuales los pacientes ignoran completamente la agitación por la que han pasado y a veces conservan un vago conocimiento de lo que ha ocurrido;... el paciente puede imaginar otra forma que la suya; creerse a sí mismo un gorrión o un vaso de barro; orador o actor; sostener gravemente una caña imaginando que lleva el cetro del mundo; otros gritan como ni-

ños y piden que se les lleve en brazos; algunos hasta se niegan a orinar por temor a provocar un nuevo diluvio" (66). El cuadro clínico descrito corresponde evidentemente a una psicosis, pero dudaríamos mucho de designarla como manía en la actualidad. Sorano consideraba que el asiento de la mente era el diafragma y por ello denominó "frenitis" a las enfermedades mentales. Minimizó el empleo de drogas y de otros métodos físico e insistió en la importancia de la relación entre el médico y el paciente. Creía poder reducir el sufrimiento del enfermo mental hablando con él (de ahí su descripción de diversos tipos de ideas delirantes) y recomendaba charlar con los pacientes de su trabajo u otras materias que les pudieran interesar, colocarlos en habitaciones luminosas con altas ventanas para evitar que se arrojasen a través de ellas y sólo inmovilizarlos cuando existía el peligro de que se lesionasen a sí mismos y aún en este caso, la sujeción debía hacerse evitando cualquier daño físico al enfermo (2).

Cello Aureliano insistió en que las conclusiones diagnósticas debían basarse en la descripción total del cuadro clínico y no en un signo único. Consideró que la extrema indulgencia sexual y no sólo las perversiones, eran enfermedades mentales.

A pesar de su notable contribución a la medicina, Galeno (130-200) no enriqueció la nosología psiquiátrica ni dejó una historia clínica completa. Al igual que los médicos de Bizancio y del Islam, sólo aporta breves viñetas de casos individuales, para ejemplificar sus observaciones generales. Pero sus conceptos sobre la enfermedad en general, dominaron por siglos la medicina europea. Clasificó las enfermedades en: padecimientos de los humores; de las partes similares; de los órganos o partes instrumentales y las que afectan la continuidad de todo el cuerpo o de alguna de sus partes. Consideró que en el estado de enfermedad había tres cosas "preternaturales": la alteración inmediata de las acciones vitales, la causa de la en-

fermedad y los síntomas o accidentes en que se manifiesta. Distinguió tres modos principales de causas de enfermedad: la primitiva o externa (p. ejm. el frío en la pleuresía); la interna, disponente o constitucional (disposición individual por la que el frío produce tal peluresía) y la continente o inmediata (la inflamación de la pelura y el derrame). Con la desaparición de Galeno el mundo médico penetró en la edad del oscurantismo.

El colapso del sistema romano de seguridad produjo una regresión general hacia las creencias mágicas, místicas y demonológicas de las que se había liberado el hombre siete siglos antes, gracias a la genialidad griega. Entre los siglos I y IV d. de J.C. seis grandes epidemias causaron centenares de miles de muertos. En estas épocas de catástrofe, la sociedad sintió la necesidad de explicaciones sobrenaturales y el cristianismo satisfizo perfectamente muchas de las necesidades psíquicas de las masas desmoralizadas. Se adoraba a los santos y como en el pasado pagano se les invocaba para evitar las enfermedades. Los sacerdotes cristianos daban consejos para curar tanto los cuerpos como las almas y dejaban constancia para la posteridad de curaciones milagrosas. Las iglesias se convirtieron en santuarios para enfemos y como el número de pacientes que acudía a los monasterios iba en aumento, se construyeron hospitales cerca de ellos. El adagio medieval "lo creo porque es absurdo" se contrapone a la posición científica que se basa en la observación y el razonamiento. No es sorprendente que hallándose la medicina orgánica en tal situación de marasmo, recobrara cierta vitalidad la concepción mágico-religiosa de la enfermedad; la salvación del alma se halla en estrecha relación con la curación de las mentes.

La psiquiatría de la Edad Media es demonología y el tratamiento mental, exorcismo. Todo el campo de las enfermedades mentales es arrancado de la medicina para quedar bajo la férula de la religión (2). El demonólogo comenzó muy pronto a estudiar

los signos de la posesión diabólica: Estigmas, entre los cuales se encontraban los nevos pigmentados y especialmente anestesias de la piel y mucosas, que en la segunda parte del siglo XIX se incorporaron, casi sin cambio descriptivo, al cuadro clínico de la histeria (66).

Mientras el mundo occidental se enfrentaba a las hordas bárbaras, el Imperio Bizantino fue el depositario de la tradición greco-romana. Aetius de Amida (527-565) describió tres tipos de "frenitis": en las partes anterior, media y posterior del cerebro, que afectaban la memoria, la razón y la imaginación respectivamente. Alejandro de Tralles (525-605) redescubriendo a Areteo, describió la manía, la melancolía y su posible sucesión en el mismo individuo. Recomendaba baños, vinos, dietas y sedantes para los pacientes con trastornos mentales. En el siglo IV se fundó en Bizancio una institución llamada "Morotropium", destinada a los enfermos mentales; en Jerusalen hubo en el siglo V algo similar (66).

Los árabes, cuyo dominio sobre el medio Oriente y España se inició en el Siglo VI, se vieron libres de las teorías demonológicas pudiendo hacer, por tanto, observaciones clínicas bien definidas sobre enfermedades mentales. Razés (865-925) combinaba los métodos psicológicos con los fisiológicos en forma que recuerda a los hipocráticos y empleó una forma primitiva de psicoterapia. Avicena (980-1037) trató a un paciente muy enfermo recitando en voz alta nombres de ciudades y personas, mientras apreciaba la aceleración del pulso al mencionar ciertos nombres. Dedujo que el paciente estaba enamorado de una muchacha cuya dirección pudo localizar mediante esta exploración. Siguiendo el consejo del médico, el paciente se casó con la muchacha y curó de su enfermedad. A otro enfermo que afirmaba ser vaca, Avicena le avisó que venía un carnicero a sacrificarlo y lo ató de pies y manos, después le dijo que estaba muy flaco y debía engordar y lo soltó. El paciente empezó a comer

con entusiasmo, ganó fuerzas, quedó libre de su delirio y completamente curado. En 1450 Najab un din Unhammad describió un cuadro de delirio febril: "el paciente muestra poco cuidado por la ropa, escasa atención a las demandas del cuerpo y a los pedidos de la naturaleza...una alegría infantil y una risa inmotivada", definió otros cuadros que actualmente se calificarían como depresiones agitadas, corea, neurosis obsesiva, esquizofrenia paranoide con delirio de persecución, perturbaciones del juicio, una enfermedad aparentemente degenerativa, asociada al período involutivo, que combina impotencia y priapismo y conductas psicopáticas. Los árabes daban gran importancia al amor en la etiología de los trastornos mentales. Poseían buenos hospitales en Bagdad (construído en el siglo IX). El Cairo (1283) y asilos para enfermos mentales en Fez (siglo VIII), Bagdad (705), El Cairo (800), Damasco y Alepo (1270). Como se creía que los trastornados tenían una cierta inspiración divina y no eran víctimas de los demonios, en general el trato hospitalario que se les daba era benevolente y amable.

En la Europa occidental, la medicina como ciencia del cuerpo, pareció separarse completamente de la consideración de los fenómenos mentales; desde el siglo IX los problemas psicológicos se confundieron con los teológicos y teosóficos. Casi todos los médicos eran clérigos y a ellos estaba encomendado el cuidado de los hospitales. Parece que el primero de éstos se construyó en Lyon en 542. En la Baja Edad Media, independientemente de la consideración demoníaca de la enfermedad mental, los pacientes recibían cuidados humanitarios. A partir del siglo XIV la actitud cambió y se les persiguió como brujos y seres maléficos. Sigibaldus, Obispo de Metz construyó varios monasterios para atender enfermos mentales. En 1200 se fundó en Bélgica, cerca del santuario de Sta. Dympna, un hospital donde se recluía durante nueve días a los locos, los sacerdotes católicos los sometían a diversas ceremonias religiosas para curarlos. En Gheel, Bélgica hubo también una institución para niños retrasados

y psicóticos que, con frecuencia, eran transferi-- dos y adoptados por familias de la vecindad. Uno de los primeros asilos ingleses para enfermos mentales fue el Hospital Bedlam o Bethelhem, inicialmente institución donde los pacientes eran trata-- dos con muchas atenciones; cuando podían dejar el hospital y pasar al cuidado de sus familiares, se les colocaba un distintivo en el brazo para que pudiesen reingresar en el hospital en caso de reaparición de los síntomas. Estos pacientes recibían tantas atenciones y simpatía de la comunidad que a menudo los vagabundos falsificaban el distintivo - para poder pasar como antiguos pacientes del Be--- thelhem Hospital. Posteriormente, en toda Europa, incluyendo a este hospital, los pacientes mentales fueron perseguidos, encarcelados y encadenados, -- junto con delincuentes y a veces leprosos, cuyos - asilos se constituyeron gradualmente en manicomios.

Constantino el Africano (1020-1087) tradujo - al latín y llevó a la Universidad de Salerno, fundada en el siglo IX, las versiones árabes de las - enseñanzas hipocráticas. La tradición organicista renovada, llevó una vez más a la insistencia en la patología del sistema nervioso central y en particular del cerebro, para explicar la enfermedad mental; por ejemplo, se consideraron los abscesos de los ventrículos cerebrales como agentes provocadores de psicosis y se trataban con dietas, sangrías y drogoterapia. En contraste con esta concepción organicista, durante el siglo XIII Bartholomaeus - escribía que: "La locura surge a veces por las --- grandes pasiones del alma, de la actividad, de los grandes pensamientos, de la pena, del estudio muy intenso y del temor; a veces de la mordedura de un perro hidrófobo o de algún otro animal maligno; y otras por tomar vinos fuertes. Y como las causas son diversas, los signos son diferentes: algunos gritan, saltan o se lastiman y se hieren a sí mismos y a otros hombres y se entristecen y ocultan - en lugares secretos" (66).

Gradualmente fue acentuándose la idea de que

las enfermedades físicas eran naturales y las mentales sobrenaturales, el diagnóstico diferencial se realizaba, en los casos dudosos, mediante exorcismos. Los siglos de celibato obligado no habían podido terminar con los impulsos sexuales de monjes y monjas. Cada vez fue más imperativo para la iglesia iniciar un movimiento antierótico que hizo sospechosa a la mujer como estimulante de la lujuria del hombre "la mujer es un templo construído sobre un estercolero" (2). Las mujeres provocaban las pasiones de los hombres y por tanto tenían que ser instrumentos del demonio. Las psicóticas con poco control sobre la expresión de fantasías sexuales fueron tomadas como los ejemplos más evidentes de posesión demoníaca, al volverse contra ellas, la iglesia favoreció el temor a los perturbados mentales. Durante los siglos XIII y XIV surgen movimientos de masas como las sectas de flagelantes y las epidemias de baile de Sn. Vito, vinculadas en el Golfo de Taranto con la picadura de una araña (tarántula), de cuyo nombre deriva el de un baile (tarantela), muy contorsionado para la época. Estas epidemias no son simplemente demostrativas de patología mental, sino de las condiciones psicosociológicas de la época y por supuesto no fueron reconocidas como enfermedad, igual que no lo fueron las revelaciones y éxtasis de los santos.

En 1487 Johann Sprenger y Heinrich Kraemer publican el "Malleus Maleficarum" (el martillo de las brujas) obra que institucionaliza la persecución del enfermo mental bajo la acusación de brujería o hechicería: "...La verdadera fe nos enseña que ciertos ángeles cayeron del cielo y son ahora diablos y nos inclinan a reconocer que por su verdadera naturaleza pueden hacer cosas maravillosas que nosotros no podemos hacer. Y los que tratan de inducir a los demás a realizar tales hazañas diabólicas se llaman brujas...Aunque estas mujeres imaginan que cabalgan (según piensan y dicen) con Diana o Herodías, en realidad cabalgan con el diablo, que arroja un hechizo ante sus ojos...El acto de cabalgar puede ser meramente ilusorio, puesto que el diablo

tiene un poder extraordinario sobre las mentes de aquéllos que se han entregado a él, de manera que lo que hacen en la pura imaginación creen haberlo hecho real y efectivamente con el cuerpo" (2).

Una parte del Malleus Maleficarum está consagrada a lo que pudiera tomarse como descripción clínica. Hablan de varios tipos de brujas y de la forma de identificarlas. Se consideraba de suma importancia el contenido ideatorio, ya que constituía una traducción verdadera de sucesos reales. Si una mujer insistía en que había sido diablo y escuchado una voz incitándola a matar a una persona, a la que había matado, sus declaraciones se tomaban por verdaderas; no se requería ni siquiera la presentación del cuerpo del delito, ante los ojos de los jueces era aliada del diablo y asesina. El Malleus recomienda que si el médico no puede encontrar una razón que explique una enfermedad o "si el paciente no puede ser aliviado con drogas y más bien parece que éstas le empeoran, entonces la enfermedad está causada por el demonio". Así pues, cualquier enfermedad desconocida era achacada a la brujería, que a su vez viene de "...La lujuría de la carne, la cual en la mujer es insaciable...Tres vicios generales muestran poseer especial dominio sobre las mujeres perversas, a saber: la infidelidad, la ambición y la lujuria. Así pues, están más inclinados a la brujería quienes se hallan más dados a estos vicios". (2)

Contrastando con la tendencia eclesiástica regresiva a interpretaciones prejuiciadas mágico-religiosas, la medicina orgánica comienza a tomar conciencia de sus fallas y limitaciones, entre ellas la carencia de conocimientos clínicos adquiridos al lado del enfermo durante el curso del aprendizaje en la Facultad. Parece ser esta la razón que condiciona la aparición y circulación de mano en mano, de pequeñas células escritas por los prácticos avanzados, en las que se consignaban los resultados de sus experiencias diagnósticas y terapéuticas, con la finalidad de mejorar el ejercicio

profesional del posible lector. En realidad eran verdaderos consejos y consilium fue la palabra con la que habitualmente empezaba su epígrafe. Algunos contenían el relato de una historia clínica más o menos hábil y extensamente compuesta. Estos consilia siguieron apareciendo hasta principios del siglo XVII. Bartolomeo Montagnana hizo una colección de ellos alrededor de 1435, publicándola en 1470. A ella pertenece la siguiente historia:

"CONSILIUM XLIX.- Torcimiento de la boca y de la cara, con parálisis de toda la parte derecha. La enfermedad de este varón es muy temerosa, porque no es simple sino compuesta por la generación de enfermedades debidas a mala complexión (cualidades elementales del humor o humores que predominan) * y la mala composición (contextura anatómica del individuo o de cada una de sus partes) *. Esta mala complexión es fría y húmeda en todas las partes de su cerebro; en la parte posterior, de la cual proceden en su mayoría los nervios del movimiento, y en la parte anterior, de la cual nacen los nervios del sentido, existentes allí en número dominante, aún cuando en esta parte como en la parte posterior se encuentran muchos nervios del sentido, mezclados con los otros. Es ésta, por tanto, una enfermedad fuerte, porque es parálisis, la cual es una enfermedad composicional, proveniente de la opilación de los nervios que nacen en la nuca y son, en parte, para la misma nuca. Y es enfermedad temerosa porque se complica con el espasmo de los músculos que mueven la cara o que debían mover las mandíbulas. En el origen de estos músculos y nervios está inmersa la materia que los dilata según lo ancho y los abrevia según lo largo: de lo cual se sigue el torcimiento, que es enfermedad oficial (la que produce desórdenes en el "oficio" o función de las partes)*, o, lo que es lo mismo, del movimiento para la fum--

* Lo que va entre paréntesis no corresponde al texto del Consilium.

ción de los miembros...por obra de la cual las mandíbulas se contraen hacia arriba, hacia su principio, esto es, hacia el cerebro y es impedida la -- buena coaptación de los dos labios en la parte contraída...y aparece así en la extremidad de los labios, y entre ellos, un a modo de orificio, de tal modo que la lengua puede ser vista por el observador. Y también se sigue de ello que el enfermo no pueda soplar de dentro hacia afuera. Y que por -- otra parte el pómulo de la parte contraída se haga tuberoso. Y que, en cuarto lugar, se descolore el rostro por la privación del paso de los espíritus y de la sangre hacia la superficie de las mejillas. Y quinto, que el párpado inferior sea atraído hacia el pómulo, al paso que el labio superior se -- eleva hacia la sien afecta. El labio inferior declina y descaece, en cuanto no se halla convenientemente sustentado por su propia virtud y no porque sea movido con movimiento directo hacia abajo, puesto que está inmóvil; y, a veces, el párpado superior se eleva, porque es contraído por el espasmo de las partes temporales. A causa de lo cual - resulta, en sexto lugar, que los que padecen de -- torcimiento tienen el ojo de la parte torcida como semiabierto. Y en séptimo, que en ellos desaparecen las arrugas que habitualmente se ven en la --- frente...queda destruída o denudada la belleza del rostro humano...Los pacientes no pueden soplar ni escupir por la parte afecta; y hecha visible su -- lengua, y tuberoso el pómulo; y descaecido el párpado inferior, y elevado el superior; y suprimidas o disminuidas las arrugas de la frente y sienes... y si la virtud del cerebro no fuese suficientemente fuerte para remover y expeler la materia, sería inevitable que este hombre terminase apopléctico."

"Hay que apresurarse cuanto sea posible a establecer la cura, comenzando por la del torcimiento que es la enfermedad peor y también porque hace horrible el aspecto de los hombres.." Continúa una descripción detallada de la preparación de un hidromiel, recomendaciones higiénicas, dietéticas, - se prescriben además sangrías, fórmulas magistra--

les para ungüentos y lociones con las que frotar las partes afectadas, para lavados nasales y supositorios y se consigna el horario riguroso de administración medicamentosa. (37)

Esta historia, que describe una hemiplejía con parálisis facial, comienza por establecer un diagnóstico y después fundamentarlo con la descripción clínica y fisiopatológica. Haciendo abstracción de los intentos de explicación causal, que atribuye a dos padecimientos distintos la parálisis de los músculos agonistas y la contractura no compensada de los antagonistas, encontramos una descripción clínica de signos espontáneos y provocados (se debe haber pedido al enfermo que soplara, por ejemplo), más el interrogatorio brilla por su ausencia. No hay antecedentes, no se consignan síntomas, se mezclan signos y explicaciones etiopatológicas y se ignora la individualidad del paciente. Además la inscripción de los datos es reiterativa.

Al concluir la edad media existe un descontento con el propio presente (religión, arte, ciencia, convivencia social), una de las actitudes para enfrentar este descontento es atribuir el malestar de la vida presente a un defectuoso conocimiento del saber antiguo debido a la "barbarie literaria" de los escolásticos a los que se supone mutiladores y desvirtuadores de la verdad y la eficacia educadoras de la sabiduría antigua. Por ello filósofos y científicos del siglo XVI se dedican a depurar, leer e imprimir los viejos textos con la seguridad de rehacer sólida y bellamente su saber y estilo. Coincidiendo con la invención de la imprenta, la tradición de los clásicos Hipócrates, Galeno, Areteo, Celso, Celio Aureliano, de los médicos árabes y de los Bizantinos se difunde ampliamente en Europa. Pero además se proclama el imperativo de la experiencia personal. De ahí la habitual tendencia a cotejar el contenido de un texto antiguo con otros y con la parcela de realidad a que se refería y por tanto, la advertencia frecuente de errores, muy gruesos a veces, en los autores más venerados. Las

obras de Paracelso, Vesalio y Servet, tienen como parcial supuesto esa irritada percepción de una discrepancia entre lo leído y lo visto. Surge también en esta época la tendencia al ordenamiento sistemático del saber médico de la antigüedad (Laín Entralgo, 38). En esta época la locura comienza a ser objeto de elaboración artística, tomando de la realidad las naves que en la edad media expulsaban a los locos de las ciudades y las torres y puertas de las ciudades que los enclaustraban, aparecen pinturas y relatos literarios: Bosco, Brueghel, Erasmo, Brant, tradición que posteriormente seguiran Shakespeare y Cervantes, (Foucault, 18). Dentro de la medicina continúa la interpretación demoníaca, pero también empiezan a aparecer médicos que no creen en el origen sobrenatural de la enfermedad mental.

Juan Lang (1485-1565), uno de los clínicos distinguidos de su época, describe el caso de un suicida en el que se hizo la autopsia, y en cuyo estómago se encontraron fragmentos de madera, cabellos y navajas, pero creyó que estos objetos habían sido introducidos por el diablo y no ingeridos. Ambrosio Paré, padre de la cirugía, describe el caso de un noble, evidentemente psicótico, que se inquietaba cuando alguien intentaba leerle un pasaje de "Las sagradas escrituras": "Os aseguro. ..que el diablo penetra a veces en nuestros cuerpos y nos tortura con tormentos extraños...". El clínico Juan Fernel creía en la existencia de hombres que se transformaban en lobos (licantropía) por obra del diablo. Entre los filósofos, Pico de la Mirandola (1463-1494) relata haber conocido a un sacerdote de 75 años que mantenía relaciones con un súcubo al cual llamaba Hermelina, mujer a la que sólo él veía (66).

Teophrastus Bombastus von Hohenheim (Paracelso), (1493-1541), rechazó parcialmente la demonología a pesar de sus extrañas especulaciones cosmológicas. Distinguió cuatro géneros de locura contínua e incurable: "lunáticos", "insanos", "vesa-

nos" y "melancólicos", según procediera la enfermedad de la luna, la gestación, el parto y la herencia, de la alimentación y la bebida, o de la "naturaleza" propia a ellos, debiendo añadírseles las enfermedades cuya alienación es transitoria y paroxística: tales como los "maníacos" entre los cuales encontraba manías idiopáticas y secundarias a causas generales. Consideró que la histeria era una enfermedad psíquica que podía afectar tanto a hombres como a mujeres. Reconoció que el Baile de Sn. Vito era una epidemia psíquica y le dió el nombre de Chorea lasciva: "Así, la causa de la enfermedad de la chorea lasciva es mera opinión e idea que crea la imaginación y afecta a los que creen en tal cosa. Esta opinión e idea son el origen de la enfermedad tanto en los niños como en los adultos. En los niños la causa es también la imaginación, basada no en el pensamiento sino en la percepción, porque han visto u oído algo...su visión y audición son tan fuertes que inconscientemente crean fantasías sobre lo que han visto u oído (37 y 66).

Johann Weyer (1515-1588) diferencía a las brujas que son personas inocentes y enfermas de los "envenenadores", malvados que usan secretamente venenos para causar mal a sus enemigos y encuentra que las enfermedades cuyo origen se atribuye a las brujas, son enfermedades naturales: "Las brujas no pueden producir daño por medio de las más maligna voluntad o el más horrible exorcismo, más bien sus imaginaciones encendidas por los demonios en una forma no comprensible para nosotros, y la tortura de la melancolía, tan solo las hacen imaginar que han causado toda clase de males...No impongáis fuertes penas a las confundidas y pobres viejas. Exigid pruebas, y solo si esas viejas han dado efectivamente el veneno que produjo la muerte a algunos hombres o animales, permitid que la ley siga su curso...Estas mujeres creen que ven rostros, bellos jardines, festines, decoraciones suntuosas, jóvenes, reyes, magistrados, todo lo que les deleita y creen que les produciría placer. Ven también diablos, cuervos, prisiones, desiertos, tormentos" (se refie

re a alucinaciones producidas por intoxicación exógena con haschich por ejemplo). Consigna la descripción de un acceso histérico en una mujer; "Tan pronto comenzaba a cantar, se dejaba caer en el piso; pero miraba de antemano a un lugar para caer de la manera más cómoda. Después la cuerda y honesta dama, en cuya casa se encontraba la mujer, junto con una camarera, levantó el vestido de la mujer y le dió unos latigazos, sin pasar de lo razonable, por supuesto. Esto dió tan buenos resultados que la mujer comenzó a poner su vestido en orden para cubrirse y protegerse como mejor podía." Observó que el íncubo no es un diablo, sino una enfermedad: "los que son atormentados por ella, piensan en su sueño que un enorme peso los presiona; esto estorba su respiración y consecuentemente su poder de gritar y hablar. Se esfuerzan por gritar pero no pueden. Tienen visiones terroríficas y creen que alguien les va a hacer daño".

Weyer consideraba que la ignorancia de los médicos era la que los hacía recurrir a explicaciones mágicas y pedía que se examinasen detenidamente los pensamientos, palabras, visiones y acciones de los "melancólicos"; mediante este examen podría reconocerse el impedimento de los sentidos debido a la extensión del humor melancólico por el cerebro. Y efectivamente nos da una estupenda descripción clínica breve, directa, empírica y sin ningun enunciado de opinión de un enfermo mental: "Conocí una vez a un italiano melancólico, que creía que era el monarca y el emperador del mundo entero y decía que estos títulos pertenecían sólo a él. Era elocuente, completamente sereno y no mostraba otros signos de enfermedad. Sin embargo, mostraba singular afición por ciertos versos italianos que compuso y en los cuales demostraba al estado de la cristiandad las diferencias que se producían a causa de la religión y los métodos para calmar las perturbaciones producidas en Francia y Flandes; hablaba de estos problemas como si le hubiesen sido revelados de lo alto. Con cualquier pretexto anunciaba sus títulos con las letras ----

S.R.R.D.D.M.M. Rex, Regum, Dominus Dominatium, Monarcha Mundi" (66). Actualmente calificaríamos a tal paciente de paranoico y no de melancólico y extrañaríamos la carencia de antecedentes y causa precipitante del cuadro clínico, entre otros elementos, pero no podemos negar que la descripción sintomatológica es buena y que nuestro autor se acerca al enfermo en actitud de naturalista, describiendo sin horrorizarse ni juzgar aprobatoria o condenatoriamente el cuadro que contemplaba.

Girolamo Cardano (1501-1576), anatomista, quiromante, astrónomo, numerólogo, creía en la demonología, pero se opuso a la caza de brujas. Muchos lo consideran el sistematizador de la correlación entre líneas faciales, expresión y carácter. Pero además se percató de la necesidad de la confianza del paciente para el buen éxito del tratamiento, incluyendo en éste, además de medidas mágicas y drogas, la sugestión (2).

Felix Plater (1536-1614), asistió a los calabozos donde se mantenía a los enfermos mentales y los clasificó en idiotas, adultos de mentalidad infantil, cretinos y mudos, deprimidos y supuestos melancólicos. Consideraba que las causas de estos estados se encontraban en el cerebro, pero que las alucinaciones e ilusiones de carácter sexual se debían a posesión demoníaca. Observó que la memoria de los viejos puede ser muy defectuosa, especialmente para los sucesos recientes, aun cuando el juicio pueda no estar dañado (66).

Entre los siglos XV y XVII la tendencia hacia la observación del enfermo se hace cada vez más marcada, el "caso" singular se valora científicamente y hay una cierta tendencia a la descripción del "caso" raro. La enseñanza de la patología se traslada del aula al lecho del enfermo. Giambattista da Monte o Montanus (1498-1551) inicia en el Hospitale San Francesco, de Padua, sus lecciones clínicas para estudiantes, a partir de las cuales todas las Universidades europeas van adoptando esta decisiva

innovación en la docencia de la patología. La descripción nosográfica y la capacidad de discriminación diagnóstica adquieren aspectos insospechados y el surgimiento de anatomistas como Vesalio comienza a hacer que se relacione cada vez más la observación de las alteraciones del cadáver con la enfermedad. La historia clínica, aunque aún siga llevando a veces el nombre de consilium deja de serlo, para constituírse en pura "observatio" (observación) y a incluir el informe correspondiente a la autopsia. Se inicia también la práctica de coloquios entre los médicos como el siguiente entre Montanus y Frisimelica:

CONSILIUM XXV.- Melancolía y apetito canino. Caso expuesto por Frisimelica: ...Un jóven melancólico, blandamente educado en su primera edad, al cual se había permitido vivir a su arbitrio. Ha procedido, pues, hasta ahora, según su voluntad, comiendo desordenadamente, trasladándose de acá para allá, ora de caza, ya de pesca; en lo más caluroso del estío y con lluvias, fríos o tempestades. A veces, acalorado en exceso, se sumergía en aguas extremadamente frías, persiguiendo aves y otros animales. Ha cultivado con frecuencia a Venus tuvo amoríos con varias mujeres, de las cuales se sospecha que le hayan dado bebedizos amatorios. Como, además, ha perdido mucho dinero en el juego, cayó en preocupaciones y ansiedades. Como quiera que sea, padece melancolía, puesto que delira. Los ilustres médicos que le trataron en Venecia lo purgaron cuidadosamente con eléboro y con otros medicamentos; pero de nada sirvió todo ello y hasta creyeron que moriría. A lo ya expuesto siguieron, en efecto, síntomas más graves; deliró más, padecía temores y vociferaba noche y día cosas sin sentido. Además, sufría de hambre muy extremada; y de tal modo reclamaba la comida, que la arrancaba de las manos furiosamente, con clamor y estrépito, y descansaba una vez que se la habían ofrecido. Unanse a esto sus hábitos desordenados; no podía contenerse ni reposar, quería huir y vagar de un lado a otro. Por otra parte, no depone si no es con clis

ter, mediante el cual vimos ayer que eliminó gran cantidad de excrementos pituitosos. Duerme, por lo demás, y no golpea ni daña a nadie. Está en los 22 años de edad".

"MONTANUS.- Dos son los síntomas más importantes en este joven; a saber: melancolía y daños en las operaciones del cerebro, por una parte, y, en segundo lugar, hambre ingente e inoportuna, que de ningún modo puede ser calmada...para que éste (el tratamiento) sea realmente operante, hay que referir los dos síntomas a sus causas...se entristece sin causa y padece temores, lo cual es signo de melancolía...Cuando aquí decimos melancolía, entendemos afección del cerebro...Oigo que este enfermo recuerda, conoce, discurre y distingue rectamente: cuando ve a un hombre, aunque sea de lejos, lo reconoce, incluso si no lo ha visto hace tiempo. En cuanto a los sentidos interiores no hay alteración y los exteriores los ejercita bien. ¿Cuál es, pues, la facultad del cerebro en este caso lesionada?.... Teme cosas que no son de temer, se entristece por lo que no debiera; luego parece que su discurso no es normal y que la virtud discursiva sufre daño..." La discusión sigue con la explicación etiológica en términos humorales y en función de ellos intenta el diagnóstico diferencial entre melancolía natural, procedente de la bilis negra y la melancolía por adustión. Pasa después a considerar la relación del disturbio humoral con la función nutritiva, y, por tanto, con el hambre inmoderada del enfermo. Termina estableciendo un pronóstico no muy desfavorable y prescribiendo un tratamiento medicamentoso y dietético (37).

En esta narración se nos presenta el fragmento de la biografía de cierto hombre enfermo, ahora sí un individuo vivo, activo, distinto de los demás. La historia presentada por Frisimelica es una descripción precisa, objetiva, carente de cualquier interpretación doctrinal; aunque se comienza por el diagnóstico, este es sólo un epígrafe que no substituye a la descripción sintomatológica. Se consig-

nan los antecedentes del caso, su estilo de vida, tratamiento previo y se sigue el curso de la enfermedad hasta el momento actual. Montanus valora -- la sintomatología y el estado mental: senso-per-- cepción, memoria, conciencia, juicio, pensamiento y afecto. Basándose en ellos establece el diagnóstico y el tratamiento. En la actualidad las historias clínicas psiquiátricas contienen además de -- otros, todos estos elementos.

En el siglo XVII, lleno de descubrimientos -- científicos, comienza a decaer la influencia de la Inquisición, nacida en el siglo XIII. En el mismo seno de la iglesia se levantan voces en contra de la cacería de brujas. La cosmografía se transforma en mecánica celeste gracias a Kepler, Galileo y Newton; la física estática es substituída por la - mecánica: se descubren el principio de la inercia y las nociones de aceleración, de fuerzas centrífugas y centrípetas, gracias a la intervención de -- Newton, Huygens y Leibniz. Con Roberto Boyle la - alquimia deja paso a la química. Se inventan aparatos de medición como el reloj. En filosofía --- Francis Bacon y John Locke optan por un empirismo radical y un método deductivo que gradualmente impregna el pensamiento científico de la época, se - adquiere así conciencia de que la observación empírica y la reunión cuidadosa de los hechos conduce a la solución de los enigmas de la naturaleza y -- del hombre. Bacon dividió las facultades psicológicas en memoria, imaginación y entendimiento. Hobbes, Malebranche, Locke y Condillac dieron - cierta profundidad filosófica a la orientación espontánea y empírica del médico. La introspección del observador, sus sensaciones y las descripcio-- nes empíricas de varios detalles de la conducta humana se convierten en materia médica y no filosófica o teológica. Descartes, entronizando la duda - metódica, contribuye a elevar el intelecto a fundamento único del saber. No existe la verdad única, en religión hay lucha entre Reforma y Contrarreforma. El régimen feudal, absorbe bajo su poder absoluto al sabio, aparecen las academias científicas

y se usa política y económicamente la ciencia (38).

Las ciencias biológicas progresan hacia su racionalización, hay un gran auge en los estudios embriológicos y en la taxonomía. Continúan los estudios anatómicos, especialmente de glándulas, vasos, nervios y cerebro, pero lo fundamental es el estudio de las partes del cuerpo dinámicas, debido al inicio de investigaciones fisiológicas subsecuentes al descubrimiento de la circulación de la sangre por William Harvey (1578-1657), que escribió en su "De Motu cordis": "Toda afección de la mente que se acompaña de dolor o placer, esperanza o temor, es la causa de una agitación cuya influencia alcanza el corazón... Y por tanto....puede ocurrir que la tristeza y el amor, la envidia y la ansiedad y todas las afecciones de la mente de tipo similar, se acompañen de emaciación y decaimiento o de residuos e impurezas que engendren toda clase de enfermedades y consuman el cuerpo del hombre". En otro de sus escritos consigna que: "Y lo que es realmente más digno de atención es el hecho de que en casi toda afección, apetito, esperanza o temor, nuestro cuerpo sufre, el semblante cambia, y la sangre muestra un curso cambiante. En la cólera los ojos son ardientes y las pupilas estan contraidas; en la modestia, las mejillas estan teñidas por el rubor; en el temor y cuando se experimenta infamia y vergüenza, la cara está pálida, pero las orejas queman como si hubiesen escuchado o fueran a escuchar el mal; en la lujuría, ¡cuán pronto se distien de con sangre y entra en erección el miembro viril! ..Tal es la fuerza de la sangre acorralada y tales los efectos de su impulso" (2). A pesar de su genial descubrimiento y de la aguda descripción de los cambios vasculares en el desarrollo de los afectos, Harvey, imbuído por el espíritu religioso de su época, creía que la sangre era el asiento primario del alma, "vicario del Creador Omnipotente".

La aparición de microscopistas como Malpigi y van Leewenhoek, substituye el "humor" de la medicina galénica por la "fibra". Cada fibra, constituí-

da por átomos, tiene como características principales la elasticidad y la irritabilidad. Estas concepciones daran lugar a las hipótesis fisiológicas iatromecánicas, que tendían a explicar el movimiento biológico del cuerpo humano y, en general, de todo cuerpo viviente a la manera de la mecánica del siglo. Las fuerzas o "vis" que operan para poner en movimiento al cuerpo, son, para la iatromecánica fuerzas "exteriores" o "impulsos". La alteración del cuerpo enfermo se debe a diferencias de tensión entre las fibras o en su tono, a apertura u oclusión de los "poros", o supuestos conductos interfibrilares y a la variable densidad y velocidad del flujo de las partes líquidas. Paralelamente a este tipo de explicación, la iatroquímica pretende entender el movimiento propio de los seres vivientes reduciéndolo a los procesos químicos que acontecen en el organismo. Aquí el proceso químico elemental es la fermentación. La fuerza determinante de este proceso es "inmanente" a la materia, es un "principio animador" o "fuerza vital específica" (38).

La combinación de estas corrientes etiológicas y las filosóficas que consideraban de tanto valor a los órganos sensoriales que sin ellos nada podía ser convertido en reacciones psicológicas, produjeron una cierta monotonía de ideas sobre las enfermedades mentales, que se diferenciaron y clasificaron de acuerdo con sus manifestaciones exteriores, pero se atribuyeron al funcionamiento defectuoso del fluído que se suponía había entre los nervios; sueño y vigilia son, igualmente, cambios en la tensión de las fibras cerebrales; se inicia así la neurofisiología. Aunque siguiera viéndose al cerebro como órgano productor de "espíritus", agentes de la sensibilidad y del movimiento, transmitidos por los nervios hacia las partes sensibles y motoras, se le consideraba también como asiento de la locura (38).

Fr. Deleboe (Sylvius), (1614-1672) observó los numerosos cuadros convulsivantes de esa época,

considerando que las convulsiones se debían a anormalidades en el funcionamiento de las palancas; estructuras óseas del cuerpo. Thomas Willis publicó en 1681 su "Opera Omnia" en la que considera las enfermedades mentales como trastornos del quimismo nervioso, estudia la manía, la melancolía y la idiocia, excluyendo casi por completo la consideración de los auténticos fenómenos psicológicos. Hacía depender las actividades "de la vida animal" (sensibilidad, movimientos e impulsos) del "alma sensitiva" y de la perturbación del "anima rationalis" procedían la confusión y el extravío. La cefalagia, vértigo, apoplejía, delirios, melancolía y demencia eran afecciones del "anima sensitiva". Describió lo que posteriormente se denominaría parálisis general progresiva: "En muchos casos observé que cuando el cerebro se hallaba previamente enfermo, los pacientes eran atacados de torpeza y olvido y después de estupidez y tontería, cayendo luego en un estado de parálisis..se producía o parálisis general o hemiplejia o ciertas debilidades parciales... parálisis de la lengua...de los músculos de los ojos, párpados, labios...y a veces todo esto...los músculos que se contraían indebidamente provocaban un tirón en la dirección opuesta". Se opuso a considerar como histeria cualquier afección cuya causa se desconociera (17, 38 y 66).

En 1612 Jacques Ferrand publica "La maladie d'amour ou mélancolie érotique", en la que describe estados depresivos relacionados con el enamoramiento, la tristeza que le acompaña, los estados frecuentes de inestabilidad y malestar emocional. En vista de su especial interes por la "enfermedad del amor", tuvo que encarar el problema de los íncubos y súcubos: "Puedo asegurar que conozco...dos jóvenes que sostenían que el diablo o un mago se acostaba con ellas todas las noches, mientras sus respectivos maridos yacían a su lado; el Señor las curó y las mujeres reconocen ahora que todo era una depravación de su imaginación y locura". La influencia demoníaca cede su lugar a la explicación científica de la enfermedad mental.

Frangois Bayle (1622-1709) examinó a una mujer supuestamente bruja; descubrió que había estado vagando por las calles de la parroquia, saltando y diciendo insensateces. Un día entró a la iglesia, se desnudó y bailó hasta caer al suelo en un ataque de convulsiones. Otras mujeres que la rodeaban comenzaron a desplegar pronto los mismos síntomas, declarando que el diablo hablaba por su boca. Bayle concluyó que las supersticiosas charlas sobre brujería, tan extendidas entre la población, habían estimulado las tendencias imitativas de las mujeres sensibles, que de esta manera fueron presas de una especie de contagio cuando vieron a la mujer enferma en un ataque convulsivo y que: "podría esperarse una cura completa o por lo menos un alivio de los síntomas de todas aquellas muchachas, si fuera posible enviarlas a un lugar en el cual pudieran encontrar consuelo y donde no oyeran hablar de hechiceros ni del diablo" (66).

Thomas Sydenham (1624-1689) quería, como Descartes, Locke y Bacon, un saber exclusivamente basado en la experiencia. Por eso postula el retorno del hipocratismo, el contacto ingenuo, inmediato y constante con la realidad del enfermo tal como ésta se ofrece a los sentidos, en vez de recurrir a explicaciones iatroquímicas y iatromecánicas que no corresponden a la observación clínica. Consideraba que la enfermedad "no es otra cosa que un esfuerzo de la naturaleza por exterminar la materia morbífica, procurando con todas sus fuerzas la salud del enfermo". Concepto que aleja definitivamente la causa extraterrestre o divina de la enfermedad, substituyéndola por: partículas miasmáticas, perturbaciones de las cualidades habituales de la atmósfera (temperatura, humedad, etc.) y fermentaciones y putrefacciones de los humores; esto es, por causas naturales. En sus "Observaciones" consigna que: "la perfección de nuestro arte, consiste en tener: 1o., una historia o descripción de todas las enfermedades tan gráfica y natural como sea posible; 2o., una práctica o método curativo estable y acabado en relación con aquélla". El mé

dico debía ordenar sus casos como los botánicos sus plantas, para reducirlos a "especies". La individualidad del paciente quedaba excluída en función del preciso conocimiento de la "enfermedad". Recomendaba separar los fenómenos constantes y peculiares, específicos, patognómicos, que aparecen en todos los afectos por la especie morbosa en cuestión, de los accidentales y adventicios, que se añaden al cuadro por la singular naturaleza del individuo enfermo (sexo, edad, temperamento) y que consideraba irrelevantes en relación con la enfermedad. Recomendaba observar la posible relación entre el tipo de enfermedad y el tiempo del año en que aparece, porque "las enfermedades tienen periodos determinados, según las ocultas y todavía no descubiertas alteraciones que ocurren en las entrañas de la tierra". Dió nueva vigencia a la ordenación temporal de los síntomas, pues los específicos, además de las características mencionadas, aparecen en una ocasión determinada dentro del proceso temporal de la especie a que pertenecen; sólo el curso de los síntomas da su verdadero "tipo" a la especie morbosa y por eso resulta tan difícil el diagnóstico diferencial en período incipiente. Describió las convulsiones histéricas, semejantes a ataques epilépticos, cefaleas histéricas productoras de vómitos; palpitaciones psicógenas y lo que denominó "tos histérica". Sostuvo que el dolor histérico podía confundirse con cólicos renales y sugirió la posibilidad de diagnóstico diferencial entre ambos, conociendo el estado psicológico del paciente. Basaba el diagnóstico de histeria (la enfermedad menos "específica" y más relacionada con la vida íntima del paciente), en la existencia de los tres datos siguientes: terminación de los accesos con la emisión de gran cantidad de orina muy clara, la existencia de conmociones del ánimo entre los antecedentes inmediatos de cada acceso, y la peculiaridad del estado psíquico de la histeria. Encontraba como causa externa la superposición de conmociones de ánimo y régimen de vida muy debilitante y como causa disponente o interna la debilidad, nativa o adquirida de la crasis de los "espíritus"; la causa inmediata del ataque -

sería la "ataxia de los espíritus animales" (2, 37 y 38).

Los casos clínicos que consigna en sus obras son solamente breves pinceladas y no verdaderas historias clínicas, pues su finalidad es la de apoyar una descripción nosográfica o un método curativo. He aquí la descripción de una histeria, afección "exclusivamente femenina", a la que propone englobar con la "hipocondría de hembras y varones": "Fuí una vez llamado para ver a un hombre tan noble de estirpe como de espíritu, el que, convaleciente aún de una fiebre, otro médico había hecho sangrar, lo purgó tres veces y le prohibió alimentación cárnea. Como encontré a este hombre vestido y le oí hablar con buen juicio de varias cosas, pregunté por qué se me había hecho venir. Uno de sus familiares me contestó que esperase un poco, y por mí mismo lo vería. Me senté, pues, y conversé con el enfermo. A poco observé que el labio inferior comenzaba a temblar, con movimiento pendular anteroposterior, como suelen hacer los niños enfurruñados cuando lloran, tras lo cual el enfermo se deshizo en lágrimas -nunca he visto yo tantas-, con gemidos y suspiros casi convulsivos. Poco después cesó este súbito torrente. Atribuí la afección a una "ataxia de los espíritus"...efecto de la inanición y aconsejé que le preparasen pollo asado y que lo comiera con algo de vino. Hízolo así...y ya no se repitió el llanto convulsivo" (37).

La influencia clínica de Sydenham continuó a lo largo de los siglos XVII y XVIII. Giulio Cesare Claudino consideraba que, a la manera hipocrática, el médico debía preguntar al enfermo: "de qué sufre, por qué causa, desde cuántos días y qué dieta suele usar". Terminada la anamnesis había que pasar a la exploración objetiva; pulso, orina, otros excrementos; "y si fuese necesario y se le permitiere, palpará con las manos las partes afectas". Baglivi da en su "Praxis Medica" de 1696 reglas más exigentes: "..para encontrar la sede de

la dolencia...se deben considerar con diligencia, las heces y la orina, la lengua, los ojos, el pulso y el rostro, los afectos de ánimo, la índole de la vida antecedente, las aberraciones dietéticas del enfermo...Anotará con severa e inconmovible paciencia...el progreso de los síntomas y el término de los mismos, luego de administrado el tratamiento; y si la enfermedad presente pasa a enfermedad de otra especie" (38). En estas últimas recomendaciones encontramos ya una cierta separación entre exploración e interrogatorio, éste ya incluye antecedentes y se reconoce la interacción de afectos y enfermedad. Las historias clínicas comienzan a incluir cada vez más resultados de la autopsia en casos letales, práctica iniciada hacia finales del siglo XV y que continuará sin interrupción hasta nuestros días.

Correspondió a Hermann Boerhaave (1668-1738) componer en armónica unidad los conocimientos del siglo XVII: la anatomía, la fisiología postharveyana, la iatromecánica, la clínica de Sydenham, el empirismo anatomopatológico y terapéutico. Más sinóptico que creador considera que "las alteraciones de la mente, lo bueno y lo malo para la salud de éstas sólo puede conocerse por el efecto corpóreo que de ellas nace y aunque cada uno de los estados del alma acompaña a un determinado estado del cuerpo, la medicina, actuando sólo sobre el cuerpo, restituye al alma sus condiciones habituales". Fue el primero en emplear el termómetro para medir la fiebre y aunque hizo de la lección en cadáver la clave principal para el diagnóstico clínico, no olvidó la doble condición mental y corpórea de la naturaleza humana. Distinguió entre los pensamientos que procedían de otros y los procedentes de cambios en las condiciones del cuerpo y movimientos corporales excitados o determinados por acciones de la mente y aquéllos sin atención, conciencia o imperio del alma que los cause y condicione. Definió la melancolía como "la enfermedad en la cual el paciente sufre de un delirio prolongado y obstinado sin fiebre y tiene siempre uno y el mismo pensamiento...esta enfermedad, aunque debe comenzar en lo que se llama

el espíritu, sin embargo produce muy pronto la ira negra en el cuerpo...si continúa durante mucho --- tiempo, produce tontería, epilepsia, locura furiosa, convulsiones, ceguera, imágenes meravillosas, risas, gritos, cantos, suspiros, eructos, angus--- tias; grandes evacuaciones de orina..si la melancolía aumenta tanto que...el paciente es presa de -- una furia salvaje, se llama "locura" (66). Como - vemos incluyó diferentes tipos de patología mental bajo el nombre de melancolía, pero observó que ésta y la manía, podían ser fases diferentes de la - misma enfermedad.

Boerhaave estableció la distinción entre los síntomas "subjetivos", más o menos referibles a la mente del enfermo y los síntomas y signos "objetivos" determinados por la lesión. Discriminación - que se eregirá en regla canónica a partir del si-- glo XVIII. A él también se debe el establecimiento del cánon patográfico vigente hasta nuestros -- días. En su "Introductio ad praxin clinicam" enseña a ordenar el relato patográfico en nueve tiem-- pos sucesivos: 1. Presentación del enfermo: nom-- bre, estirpe, condición social, edad, temperamen-- to. 2. Posibles antecedentes remotos de la enfermedad. Biografía patológica del enfermo. 3. Comienzo de la enfermedad presente, según las cuatro --- cuestiones rituales: a) cuándo, b) cómo, c) qué - hubo antes del comienzo y d) curso de la enferme-- dad hasta la visita del médico. 4. Estado del en-- fermo cuando recibe la primera visita del médico o estado actual. 5. Tentativa de diagnóstico. 6. Curso de la enfermedad después de la primera visita y de instituído el tratamiento. 7. Término de la enfermedad. 8. Examen anatomopatológico del cadáver, cuando el término ha sido letal. 9. Explicación -- del cuadro sintomático y de la muerte, a la vista del resultado de la autopsia.

A este cuidadoso esquema corresponde la pauta exploratoria. El examen médico del enfermo debe - comprender tres tiempos: inspección, interrogatorio anamnésico y exploración objetiva. La inspec-

ción hará conocer el sexo, la edad, el estado de la vida y la idiosincrasia o temperamento. En cuanto al estado de vida se tendran en cuenta el trabajo o el ocio, el lujo o la sobriedad, los placeres habituales y la tolerancia o intolerancia respecto a -- las diversas enfermedades. El interrogatorio anamnésico abarca los puntos 2 y 3 de la ordenación del relato patográfico. Para el establecimiento de la biografía patológica recomienda, merced a "un suave coloquio", indagar las peculiaridades de los lugares donde ha vivido el paciente, su régimen alimenticio, sus costumbres y vestidos. Para investigar qué hubo antes de que comenzara la enfermedad, será necesario conocer tanto los quehaceres del cuerpo - como los del alma del enfermo, su alimentación, sus excreciones y los posibles tratamientos anteriores. Conocer de qué modo comenzó la enfermedad requiere de la averiguación sistemática de las diversas funciones vitales, naturales y animales en el comienzo de la enfermedad; y a continuación el de las excreciones del enfermo en ese tiempo, tanto naturales - (sudor, heces, orina, menstruación, leche y cerumen) como morbosas (vómitos, sangre, etc.). Cumplido o simultaneamente con el interrogatorio, el médico explorará los diversos excreta, el estado de las funciones fisiológicas (pulso, respiración, etc.) y la parte en que presumiblemente está localizada la enfermedad (37 y 38).

Es fácil observar que, con ciertas variaciones y en un orden distinto, las historias clínicas actuales incluyen los lineamientos establecidos por - Boerhaave. De su escuela establecida en Leyden, -- partió a toda Europa, en el siglo XVIII, el movimiento de creación de cátedras o institutos clínicos. Sus alumnos reformaron las Universidades de - Edimburgo, Londres, Viena, Gotinga, etc. (17). Lamentablemente las historias publicadas por el autor a que he tenido acceso, no pertenecen al campo de - las enfermedades mentales. Boerhaave usaba diversos procedimientos terapéuticos: dietas, medicamentos, intervenciones quirúrgicas, drogas e inventó - lo que Alexander considera uno de los primeros uten

sillos inductores de shock: una silla giratoria que hacía perder el conocimiento al paciente y que fue largamente utilizada con posterioridad.

Friedrich Hoffman (1660-1742) añade al cánon de Boerhaave los siguientes elementos de investigación: color de la piel, disposición hereditaria, vigor fisiológico, índole del ánimo, costumbres (hábito venéreo, sueño, uso de tabaco, rapé) e incluye no sólo la exploración de la parte supuestamente afectada, sino la de todo el cuerpo (37 y 38).

En el siglo XVII los hospitales comienzan a contar con salas para enfermos mentales. En 1660 la Salpétriere ya alberga alienados, para Foucault (18) el encierro obedece más a razones económicas que médicas, pues igualmente se encerraba en el Hospital Géneral de París a los desocupados y vagabundos. De ellos y de los enfermos mentales, se obtenía la necesaria mano de obra barata requerida por la burguesía, pues hospitales y asilos se convierten no sólo en lugares de confinamiento, protección social contra la agitación y motines, sino en centros de trabajo. Los pacientes que por su estado no pueden trabajar, yacen encadenados y abandonados a su propia suerte, entre deyecciones, aguas estancadas y ratas. De ahí los liberará Pinel. Pero mientras tanto, aunque la medicina se hace más racional cada vez, el campo de las enfermedades mentales sigue relegado en términos generales, igual que las enfermedades raras, al dominio de las prácticas mágicas tales como exorcismos, aspersiones con agua bendita e imposición de manos por parte de reyes y religiosos tenidos por santos.

A fines del siglo XVII y principios del XVIII se añade una nueva teoría, el "animismo", a las ya existentes sobre fisiología y patología. Su creador George Ernst Stahl (1660-1734) considera que el verdadero principio de la subsistencia de un organismo y la causa de su estabilidad química es el "anima", ella comunica el movimiento vital a los

diversos órganos y es la causa inmediata de las alteraciones morbosas y de la curación. Anima es el alma en el sentido cristiano o "naturaleza", su comunicación con el mundo externo se efectúa a través del sistema nervioso y debe ser el principal objeto de estudio del médico. En su "Theoria medica vera" afirma que las enfermedades mentales pueden ser de origen somático o anímico; éstas corresponderían a las pasiones y emociones de la vida normal, estarían provocadas por trastornos en el "anima" y por tanto requerirían de tratamiento psíquico. Siguiendo esta tónica diferenció delirios y estados eróticos orgánicos y puramente psicológicos (38 y 66). Y también partió el cuadro sintomático en dos orbes distintos y contrapuestos, uno "físico" -inmediato, lesional, unívoco- y otro "moral" -mediato, funcional, equívoco- nuevo paso hacia la semiología que privará en el siglo XVIII de antinomias radicales entre lo "subjetivo" y lo "objetivo". He aquí un ejemplo de historia clínica presentada por Stahl:

"CASO XXIII. APOPLEJIA SANGUINEA.- Trátase de un varón de 37 años y hábito corporal sanguíneo-pletórico, ocupado en solícitas especulaciones aritméticas, meditabundo, irascible, intemperante a veces en el uso del vino que se hacía sangrar de cuando en cuando y también escarificar, si bien muy raramente. Al iniciarse el otoño, poco después de los días caniculares, y con tiempo caluroso, sufrió en silencio un arrebato de ira. La víspera había bebido vino con amplia liberalidad. Después de comer emprendió un movimiento excesivo y repentino, por lo cual volvió a su casa con gran agitación de la sangre y fue presa de un súbito vértigo. Sentóse en un sillón, con el habla balbuciente. Pronto la perdió del todo y quedó inválido del lado izquierdo. Levantaba de tarde en tarde la mano derecha hacia la cabeza, como indicando que allí sentía algún mal. Poco a poco, pierde el movimiento de este brazo. Colocado en el lecho, no deja ver ningún otro signo relativo a los sentidos, pero respira entrecortadamente, rechina los dientes, con hipo, y tuerce la boca. Sus ojos están abiertos, prominentes, sin

vista; el rostro rubicundo y tumefacto". En una segunda parte de la historia, el autor establece el diagnóstico, etiología, pronóstico y tratamiento (37). Lo importante de esta historia es la consideración de procesos afectivos (ira sufrida en silencio), entre los antecedentes de la enfermedad actual.

Durante la Ilustración la conciencia europea entra en crisis, existe una tendencia a valerse del propio entendimiento, que se extenderá en medicina de 1740 a 1800. En este tiempo se investiga la electricidad, se crea el sistema métrico decimal, Lavoisier establece las leyes de la química moderna. Linneo erige una taxonomía según clases, órdenes, géneros y especies. Leclerc formula incipiente y vagamente una teoría de la "evolución". Lázaro Spallanzani ataca la "generación espontánea". Se inician el estudio de la anatomía comparada y el de la morfología microscópica, se desarrolla la experimentación en fisiología, se obtiene un mejor conocimiento de la anatomía del sistema nervioso, el animismo de Stahl se convierte en "vitalismo"; la fuerza "vital" radica en el sistema nervioso, lleno para Cullen de un flúido cuyo exceso produce espasmo y su escasez, atonía. Bichat distingue funcionalmente el sistema nervioso de la vida vegetativa y el de la animal. Galvani investiga la electricidad animal. Para John Brown la propiedad fundamental del cuerpo era la excitabilidad, que sólo se actualizaba cuando un estímulo externo (alimento, tóxico, etc.) o interno (sangre, pensamiento, emoción) la trocaba de potencial en real. De ahí que la salud fuera resultado de un equilibrio entre la intensidad y frecuencia de los estímulos y la magnitud de excitabilidad; la cualidad del estímulo es de escasa importancia, por tanto la diferencia entre las varias excitaciones del cerebro producidas por hiperemia, emociones u opio, es puramente cuantitativa. Albrech von Haller (1708-1777) sistematizó y desarrolló en forma coherente los descubrimientos de sus predecesores sobre la sensibilidad o rritabilidad de los

tejidos nerviosos, especialmente la de los nervios (38).

El anterior dominio de la demonología sobre las enfermedades mentales, acentuó en el médico del siglo XVIII la tendencia a rehuir su propia psicología y a retroceder a un punto de vista puramente físico, corporal, orgánico; acostumbrado a tratar con las enfermedades físicas como entes especiales y bien definidos, transfirió el mismo hábito de pensamiento a su consideración de las enfermedades mentales. Cada enfermedad tendría su propia manera de comienzo, su peculiar serie de síntomas, curso y resultado típico. La mayor atención del médico se dedicaba a la diferenciación y clasificación de las enfermedades mentales, de la misma manera que se procedía ante las físicas. De hecho se les consideraba físicas exclusivamente. Se aislaron infinidad de entidades nosológicas, definidas a la manera de Sydenham. El médico adquiere importancia social y económica debido entre otras causas a la real mejoría de su saber y al creciente temor a las enfermedades epidémicas. En 1776 se funda la Real Sociedad de Medicina de Francia, encargada de estudiar los fenómenos epidémicos y epizoóticos que se multiplicaron en el curso de los años precedentes. La comisión nombrada debería: investigar los movimientos epidémicos, su tratamiento y divulgación de éste a los demás médicos. Además, uno de los miembros de la comisión, Vicq d'Azyr se encargaría de un curso de anatomía humana y comparada ante los demás miembros de la comisión, los doctores de la Facultad y los estudiantes dignos de ello. De esta forma se estableció un cuerpo médico privilegiado y el control político de una parte de la profesión médica. En efecto, el gobierno asignó a la Real Sociedad Médica 40,000 libras de renta, mientras la Facultad sólo recibió 2,000. Poco a poco el papel de la Sociedad fue ampliándose hasta convertirse en punto de centralización del saber, instancia de registro y juicio de toda la actividad médica. La separación definitiva de ciencia y religión hace del médico el sacerdote del cuerpo, poder económico,

prestigio, control sobre los colegas, son los logros sociales de los médicos "bien ubicados" en el siglo XVIII, mientras el pueblo cae en manos de charlatanes como Cagliostro y James Graham (17, 38 y 66).

Hasta principios del siglo XIX los enfermos mentales siguen siendo seres o cosas que merecen ser exhibidos, Coulmier, director de Charenton, organizó espectáculos donde "los locos hacían tanto el papel de actores como el de espectadores observados... (y) eran objeto de la atención, de la curiosidad, de un públio ligero, inconsecuente y en ocasiones malvado. Las actitudes grotescas de estos desgraciados y sus ademanes provocaban la risa burlona, la piedad insultante de los asistentes. La locura se convierte en puro espectáculo, en un mundo sobre el cual Sade extiende su soberanía..." (18). En Inglaterra, aunque no se organizaron espectáculos exprofeso, se cobraba por ver a los enfermos en sus celdas.

Entre las entidades clínicas descritas en el siglo XVIII tenemos: el saturnismo (John Huxman y George Baker), la neuralgia del trigémino (John Fothergill), que además efectuó un buen estudio sobre epilepsia. John Coakley Lettson investigó el alcoholismo. André Tissot publicó obras de higiene sobre el onanismo y la epilepsia. Giovanni Battista Morgagni correlacionó el cuadro clínico con los hallazgos anatomopatológicos, reconociendo entre las "enfermedades de la cabeza" la cefalalgia, apoplejía, afecciones soporosas, delirio, frenitis, manía y epilepsia y entre las "del vientre" el hambre anómala, trastornos de la deglución, vómitos y diarreas; clasificación topográfica y no etiológica, como es obvio. Robert Whytt (1714-1766) dividió las neurosis en histerias, hipocondriasis y agotamiento nervioso, este último denominado más tarde "neurastenia" por George Beard (1839-1883). Joseph Leopold Auenbrugger (1722-1809) inventor de la percusión del tórax (Viesca C., 62) concedió sorprendente importancia a la nostalgia, menos co-

mún desde la atenuación del servicio militar y que era acompañada frecuentemente por matidez torácica y lesiones pleurales y pulmonares. Gaspar Casal encontró en la pelagra una vacilación constante de la cabeza, que podía llegar a abarcar todo el cuerpo; ardor doloroso y lesiones típicas en boca y lengua, astenia, inercia, lesiones dermatológicas, incapacidad de llanto inmotivado. Johann Christian Reil (1759-1813), describió lo que actualmente denominaríamos psiconeurosis; observó casos de despersonalización y de doble personalidad. Estaba convencido de la íntima relación entre cuerpo y mente y de que los sentimientos e ideas eran los medios adecuados para corregir los trastornos del cerebro y restaurar su vitalidad. Reconoció la etiología sexual de algunas enfermedades mentales: pseudociesis por frustración del instinto reproductor, psicosis del idealista platónico que se cura de sus delirios al efectuar el coito. Otros métodos terapéuticos que empleaba fueron: intimidación, recompensa, castigo, llamamiento a la razón, laborterapia, musicoterapia y psicodrama (2, 37 y 38).

Johan Gaspar Lavater (1741-1801) se preocupó por correlacionar el carácter con las expresiones faciales (fisiognomía), dió reglas para conocer las características psíquicas y morales de los hombres según la forma del rostro y su semejanza con el de los animales. Franz Joseph Gall (1758-1828) consideraba que la inteligencia y la personalidad estaban divididas en un conjunto de factores arbitrarios, heterogéneos e independientes entre sí y representados por otras tantas regiones distintas de la corteza cerebral. Aisló veintisiete "facultades psíquicas", por ejemplo: "amor a los niños", "sentido de la fama". Trató de encontrar correspondencia entre la forma de la corteza cerebral y la del cráneo y de diagnosticar el carácter mediante la palpación de este último. Uno de sus discípulos, Spurzheim creó la "frenología". Johann Gottfried Langermann (1768-1832) llegó por un lado a considerar las enfermedades físicas como de naturaleza psi

cológica, pero por el otro creía que el suicidio - no se debía a enfermedad mental. Johann Christian Heinroth (1773-1834) definía la enfermedad mental como resultado del pecado de egoísmo, consideraba que los procesos psicológicos tenían tres niveles de funcionamiento: el de las fuerzas y sentimientos instintivos cuyo objetivo era el placer; el del Ich o ego, que se guía por el intelecto y cuyo objetivo es la "seguridad en relación al mundo externo y el goce de vivir" y por último, la conciencia o "supernos". Su actitud terapéutica fue básicamente reeducativa y modificadora del medio ambiente. Insistía en que la actitud del médico tenía que adaptarse a la peculiar personalidad de cada paciente y en que hombres y mujeres requerían - diferente abordaje terapéutico.

John Haslam (1764-1844) describió, sin denominarla así, lo que hoy conocemos como parálisis general progresiva: "las afecciones paralíticas son una causa de locura más frecuente de lo que se cree, y son también una secuela muy común de manía. En general, los paralíticos presentan perturbaciones en el movimiento, que son completamente independientes de su enfermedad mental. El lenguaje - se torna defectuoso, las comisuras de la boca descienden, los brazos y las piernas quedan más o menos privados de sus movimientos voluntarios y en - la mayoría de los pacientes, la memoria se debilita. En general, estos pacientes no logran reconocer su estado. Por muy débilmente que puedan mantenerse sobre sus piernas, sostienen aún que son - sumamente fuertes y capaces de las mayores acciones". Observó además que en el mismo individuo podían alternar estados de excitación y depresión y que si la alternancia era persistente, el resultado final era la muerte. La tendencia a considerar la enfermedad mental desde el punto de vista de su pronóstico, se convirtió en un aspecto importante de la psiquiatría hacia fines del siglo. Debido a la gran variedad y carácter especulativo, no susceptible de validez demostrable de las teorías sobre la enfermedad mental, la psiquiatría tuvo que

limitarse a la descripción de observaciones más bien generales. El médico suponía que los varios estados observados eran enfermedades independientes y procedía, sobre la base de esta suposición, a dar un nombre a cada enfermedad. Aunque la utilidad de tales sistemas nosológicos es definitivamente dudosa, no puede pasarse por alto su significación histórica (66).

Uno de los principales nosógrafos de la época fue François Boissier de Sauvages (1706-1767). Reconoció un tipo de epilepsia que atribuyó a la sífilis, pero no pudo distinguir entre los ataques de histeria mayor y los de verdadera epilepsia. Dividió las fases del ataque epiléptico en: tónica parcial, tónica general, clónica parcial y clónica general. Relata haber prescrito latigazos como medida terapeútica, a una niña de 7 años que "simulaba" ataques de epilepsia. Describió diez clases de enfermedades, la octava, "Folles", se subdivide en cuatro órdenes (siguiendo el sistema metódico de Linneo para la clasificación de vegetales): errores de la razón, delirios, rarezas y anomalías. Coloca las afecciones "hipocondriacas" bajo el quinto orden de la sexta clase y las cuenta entre las desviaciones de la razón; anota catorce variedades de melancolía; llama "parafrosinias" a la mayoría de las enfermedades mentales de carácter extático. Coloca en un grupo separado las perturbaciones debidas a intoxicación exógena (alcohólismo, drogas). Las clasificaciones de las enfermedades mentales aumentaron en tal forma que pronto se convirtieron en meras colecciones de nombres nuevos, de manera que su verdadero fin -el esclarecimiento de las descripciones clínicas- amenazaba con malograrse por la confusión terminológica (17 y 2).

De Valenzi (1728-1813) acuñó entre otros los términos dismensia y amnesia. William Cullen (1710-1790) conceptualizó la neurosis como lesión de la sensibilidad o del movimiento sin inflación ni alteración estructural. Describió detalladamente los signos externos -componente fisiológicos- de

lo que denominamos una crisis de angustia. Creía que en la base de toda afección neurótica tenía que existir algún tipo de perturbación fisiológica; "El temor y la melancolía... o una disposición hacia la timidez y el desaliento pueden presentarse en ciertos estados y en otras ocasiones de debilidad... Así pues, la enfermedad de la melancolía depende claramente del temperamento general del cuerpo". No pudo llegar a conocer ni las verdaderas vivencias ni las causas conducentes al trastorno fisiológico. Estableció cuatro órdenes de neurosis: comata, adinamias, espasmos y vesanias. Erasmo Darwin (1731-1802) clasificó las enfermedades mentales en: de irritación de la sensación, de la voluntad y de la asociación (de los movimientos, no de la de las ideas). El deleite y diligencia con que se aceptaban y preparaban clasificaciones condujo finalmente al psiquiatra a considerar casi todo síntoma como signo de una enfermedad independiente. Si el paciente estaba deprimido y se quejaba de algún mal gastrointestinal, tenía una enfermedad hipocondríaca independiente, diferente a la del paciente deprimido con temor a la muerte o a la del que además de depresión alucinaba la presencia del diablo (2 y 66).

Mientras en la Psiquiatría, nacida como especialidad independiente de otras ramas de la medicina, en los últimos veinte años del siglo XVIII, prima el caos, la clínica es cada vez más sistemática y comienzan a efectuarse ciertas pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la enfermedad. Maximiliano Stoll (1742-1788) en su "De methodo examinandi aegros", da una buena idea sobre lo que era el ejercicio clínico a fines del siglo: "El diagnóstico requiere la anamnesis, y por eso pudo decir Celso que, a igual saber, es mejor médico el más amigo del enfermo. La anamnesis debe ser ordenada según cuatro rúbricas: 1o. las enfermedades infantiles (viruela, sarampión). 2o. Las enfermedades antecedentes graves: cuáles, cómo fue tratado, si curó con ayuda médica o sin ella, con qué medicamentos, si fue atendido por médico o por persona

ajena al arte. 3o. Estado de la salud antes de la enfermedad presente. 4o. Comienzo de la enfermedad presente: cuál fue el primer síntoma, qué día y qué hora: si hubo algo extraordinario en la dieta, en el régimen de vida, en las ocupaciones; qué opina el enfermo sobre el motivo de la enfermedad. "El médico dejará que el enfermo hable tranquilamente y sólo intervendrá cuando estime que es defectuosa la narración". Acto seguido procederá el médico a la exploración, la cual se orientará según las diversas acciones vitales, animales y naturales. Sucesivamente va exponiendo Stoll reglas y particularidades semiológicas tocantes al pulso, o respiración, ardor, sueño y vigilia, sentidos externos, etc. Recomienda la observación de los ojos, aspecto de la cara, lengua, boca, curso de la digestión (apetito, náuseas, vómitos, etc.), el estado de los hipocondrios (dureza, tensión, desigualdad, dolor, pulsación, etc.); orina y heces. Una vez acabado el examen del enfermo: "todos los datos serán combinados entre sí, comparados y como reducidos a unidad, de modo que se hagan bien notorios la especie morbosa y el diagnóstico". Posteriormente se añadirán notas sobre el curso y resolución de la enfermedad. Aunque Stoll no deslinda claramente los datos objetivos y los subjetivos de la exploración es evidente que aboga por una exploración sistemática de ambos (37 y 38).

Dentro de la mayor tendencia a la descripción sistemática del enfermo aparece Philippe Pinel (1745-1826), médico jefe de la Bicêtre y la Sâlpêtrière bajo la Revolución francesa y el Terror, ampliamente conocido por haber sido el liberador de los enfermos mentales que yacían encadenados en esos hospitales. Estudiaba a los pacientes metódica y cuidadosamente; hablaba con ellos a menudo y tomaba minuciosas notas de lo que observaba y oía. Opinaba que: "La enfermedad debe ser considerada como un todo indivisible desde sus inicios hasta su terminación, un conjunto regular de síntomas característicos y una sucesión de períodos... Los signos exteriores tomados del estado del pulso, del calor, de

la respiración, de las funciones del entendimiento, de la alteración de los rasgos del rostro, de las afecciones nerviosas o espasmódicas, de la lesión de los apetitos naturales, forman por sus diversas combinaciones cuadros desligados, más o menos distintos o fuertemente pronunciados" ("La médecine clinique"). En el esquema general de la encuesta ideal, trazado por Pinel, se observa el estado actual en sus manifestaciones, pero inmediatamente se interroga al enfermo sobre lo que siente y finalmente se comprueba el estado de las funciones fisiológicas conocidas en aquel tiempo. En la anamnesis se trata de investigar el inicio de la enfermedad, la sucesión de los síntomas, la aparición de sus características actuales y de la medicación instituída; se interroga al enfermo o a los que lo rodean sobre sus hábitos, profesión, vida pasada y se da cuenta, día a día del progreso de la enfermedad bajo cuatro rúbricas: evolución de los síntomas, aparición eventual de nuevos fenómenos, estado de las secresiones, efecto de los medicamentos empleados. Prescribía un régimen para el período de convalescencia y en casos de deceso recurría a la autopsia. Dividió las enfermedades mentales en: manía, melancolía, demencia e idiotez. Fue el primer organizador de un hospital psiquiátrico y esto permitió la experimentación y comparación de un número suficiente de enfermos o de variedades de enfermedades mentales y la observación de su curso.

En su "Traité Médico-Philosophique" encontramos un resumen de sus ideas principales sobre la enfermedad mental y su estudio: "...Hay que tener cuidado con otro obstáculo: el de confundir la ciencia de los hechos con las discusiones metafísicas y ciertas divagaciones ideológicas. Cuando se considera la alienación mental como un objeto independiente de investigación sería, sin duda que sería mala elección promover una vaga discusión sobre el asiento de la razón y la naturaleza de diversas aberraciones por obscuro e impenetrable. Pero si uno se reduce juiciosamente al estudio de

las alteraciones que se manifiestan por signos exteriores...entonces penetra por un camino que sigue generalmente la historia natural de la enfermedad mental....Especialmente en ciertos hospitales para alienados puede uno convencerse de que la inspección, un servicio bien establecido, una especie de armonía entre todos los elementos que concurren al restablecimiento de la salud y una feliz elección de remedios morales constituyen una comprensión real más verdadera que el refinado arte de las fórmulas elegantes...¿Puede el médico renunciar realmente al estudio de la historia de las pasiones más poderosas del hombre?. Estas son con la mayor frecuencia las causas de las aberraciones mentales. ¿Y no es necesario estudiar las vidas de los hombres famosos por sus esfuerzos en la conquista de la gloria, por sus descubrimientos en las ciencias, por su entusiasmo en las bellas artes, por la austeridad de su vida solitaria o por los extravíos causados por el amor feliz?. ¿Es posible a un hombre trazar todas las perversiones de las funciones del juicio si no ha meditado profundamente los escritos de Locke y Condillac y si no se ha familiarizado con sus teorías?...El número de tipos de enfermedad mental es limitado, pero sus variedades pueden multiplicarse indefinidamente...se han hecho tentativas para dar un claro concepto de algunas de estas variedades mediante la publicación de una larga serie de observaciones detalladas....pero ¡cuán lejos se halla esta colección de un cuerpo regular de doctrina, de un tratado general y completo sobre las enfermedades mentales!".

"...Las perturbaciones del entendimiento se consideran generalmente como resultado de una lesión orgánica del cerebro y por tanto, como incurables; lo cual en muchos casos es contrario a las observaciones anatómicas...se ha desculdado la distinción entre las varias clases de perturbación mental, la historia exacta de los síntomas precursores, el curso y el fin del ataque si se presentan en forma intermitente. El hábito de vivir constantemente en medio de los alienados, de estudiar sus hábitos, --

sus diferencias personales, los objetos de sus placeres o sus disgustos, la ventaja de seguir el curso de su alienación, día y noche durante las estaciones del año, el arte de dirigirlos sin esfuerzo y de evitarles toda excitación y descontento, el don de poder asumir en el momento oportuno un tono de bondad o de autoridad, la constante descripción de todo esto tiene que proporcionar a un hombre inteligente y celoso un inmenso número de hechos y detalles minuciosos que faltan generalmente en el médico de espíritu estrecho..."

"Las frecuentes visitas, que a veces duraban varias horas al día, me ayudaron a familiarizarme con los extravíos, gritos y locuras de los maníacos más violentos. Mantuve conversaciones repetidas con todos los hombres que conocían mejor su estado anterior y sus ideas delirantes. Se necesita un cuidado extremo para evitar todas las ideas de excesiva estimación propia e impedir que se hagan muchas preguntas sobre el mismo tema si las respuestas son obscuras. Nunca me opongo a que los pacientes hagan observaciones equívocas o improbables, sino que pospongo mis preguntas para un examen ulterior, con propósitos de establecimiento y corrección. Tomo notas cuidadosamente sobre los hechos observados con el fin de obtener tantos datos exactos como sea posible... El uso de cadenas para reprimir a numerosos enfermos mentales se aceptaba aún ampliamente...¿Cómo íbamos a distinguir entre la desesperación causada por las cadenas y los síntomas peculiares de la enfermedad?... El principal objeto de mi investigación ha sido la historia de los fenómenos individuales de la alienación mental, y he tratado de determinar las varias clases de síntomas característicos, las diferencias entre la manía continua y la intermitente, las reglas que hay que seguir en el tratamiento moral de las enfermedades mentales, la inspección y el reglamento interno de los hospitales similares y finalmente ciertos principios fundamentales para su tratamiento médico, basado únicamente en la observación y la experiencia. Una obra de

medicina publicada en Francia a fines del siglo XVIII...no debe ser dictada ni por prejuicios individuales, ni por los vuelos de la imaginación viva, sino por un amor verdaderamente sincero a la humanidad, o más bien, por el deseo honesto de contribuir al bienestar general..." (66). Los aires revolucionarios y la calidad humana de un gran médico, hacen, al fin un ser humano del enfermo mental, digno de respeto y atención, aún frente a sus más absurdas manifestaciones.

Al igual que en todos los ensayos nosotáxicos de la ilustración, el estilo botánico o histórico natural preside la obra de Pinel, que además, intenta aplicar el método analítico de Condillac no sólo en Psiquiatría, sino en la ciencia médica en general, para llegar a las enfermedades "primitivas", que con sus complicaciones diversas, forman una multitud de otras. Esas enfermedades "primitivas", aisladas por el análisis son: la "fiebre", la "inflamación", la "hemorragia", la "neurosis" y la "lesión orgánica". De esas cinco enfermedades "simples" hace las "clases" cardinales de sus sistema nosotáxico que después expande en "órdenes", éstos se descomponen en "géneros" y en "especies morbosas" (38).

Describió las alucinaciones -aunque no empleó este término-, la fuga de ideas de los pacientes maníacos, los incomprensibles cambios de humor y la pérdida de interés por el ambiente, tan característicos de ciertas formas de psicosis. Sus descripciones sintomatólogicas son siempre sistemáticas; diferenció los trastornos de la atención, memoria y juicio y reconoció el significado de los afectos. Consideró que además de la herencia, podían producir un trastorno mental la educación inadecuada, las pasiones intensas como miedo, ira, odio, alegría y júbilo (2).

Pinel aplicaba diversas medidas intuitivas dirigidas al manejo de pacientes difíciles, por ejemplo el silencio: a un paciente que se tomaba por --

Cristo y era "lo sublime de la arrogancia humana - en el delirio" y soportaba con paciencia el largo martirio y los sarcasmos continuos a los cuales lo exponía su manía, pues consideraba estar reviviendo la pasión de Cristo, hizo Pinel que se le desencadenara y ordenó expresamente que nadie le dirigiera la palabra, él mismo no lo hizo al quitarle las cadenas. La prohibición, observada rigurosamente, hizo que el paciente se sintiera humillado por un abandono y una soledad nuevas y finalmente, después de largas dudas, se le vió mezclarse con los demás pacientes por su propia determinación y tener ideas más sensatas y justas. También usaba - una técnica que pudiera designarse como proyección de la enfermedad para favorecer el manejo de situaciones difíciles: "Tres alienados que se creían - soberanos y tomaban (cada uno) el título de Luis - XVI, disputaban sus derechos a la realeza un día y los hacían valer en forma demasiado enérgica. La - vigilante se aproxima a uno de ellos, y llevándolo un poco aparte le dice: ¿Por qué disputaís con --- esas gentes que están visiblemente locas?. ¿No es sabido que vos debéis ser reconocido como Luis --- XVI?. Este último, halagado por ese homenaje, se retira inmediatamente, mirando a los otros con altivez desdeñosa. El mismo artificio tiene éxito - con el segundo. Y así, en un instante, no restan trazas de la disputa". Empleaba también el juicio de realidad: "A un enfermo que se creía rey y expresaba sus ideas siempre con tono de mando y de - autoridad suprema, el vigilante le pregunta, un -- día que se encuentra el paciente menos agitado que de costumbre que, por qué si es el soberano, no pone fin a su detención y por qué permanece confundido con los alienados de todas las especies. Posteriormente le hace notar poco a poco, lo ridículo - de sus exageradas pretensiones y le enseña a otro alienado que también está revestido del poder supremo, y que era objeto de irrisión. El maníaco - primeramente se siente trastornado, en breve co--- mienza a dudar de su título de soberano, y final-- mente acepta sus extravíos quiméricos". Usó tam-- bién técnicas autoritarias intimidatorias: a un -

paciente que presentaba delirio religioso con temor pánico al infierno, que creía no poder escapar de la condenación eterna sino por medio de una abstinencia rigurosa, se le presentó Pinel una noche, con gran aparato para atemorizarlo, "con ojos de fuego y un tono de voz aterrador, con un grupo de gente de servicio que lo rodeaba, armados de fuertes cadenas que agitaban con estrépito. Pusieron un plato cerca del alienado y le ordenaron tomarlo durante la noche si no quería sufrir tratamientos más crueles. Se retiraron y después de varias horas, el paciente tomó la comida" (18). Vemos pues que emplea una psicoterapia más o menos rudimentaria, pero definitivamente dirigida a cada caso particular, técnica que parece haber asimilado del conserje de Bicêtre, que compartía con su esposa el cuidado y manejo de los pacientes ahí internados. Pinel recomienda tratarlos "con benevolencia, darles a veces respuestas evasivas para no irritarlos, si se les niega lo que piden, otras inspirarles un temor saludable, y triunfar de su obstinación inflexible sin violentarlos" (Pinel, P., 46).

Sus descripciones clínicas no pueden considerarse verdaderas historias en el sentido actual de la palabra, pues sólo trataba de ejemplificar la patología que intentaba explicar, con un caso concreto particular. En su "Tratado médico filosófico de la enagenación del alma o manía" (46) consigna que es necesario considerar aisladamente las funciones diversas del "entendimiento humano, a saber, la atención, comparación, juicio, reflexión, imaginación, memoria y raciocinio", exploración que no queda suficientemente clara en sus casos como vemos en este:

* "Exemplo de una melancolía acompañada de una devoción supersticiosa. Cierto viñero se había persuadido de que irremisiblemente estaba condenado al fuego eterno, y solo pensaba en librar de este tor-

* Se respeta la ortografía de la traducción del texto original (1804, Dr. Allvena).

mento á su familia, haciéndola gozar de las palmas del martirio, cosa que él creia cierta por haber interpretado siniestramente algunas palabras de las vidas de los santos que solia leer con mucha fraqüencia. Probó al principio cometer crímen tan atroz en su muger, que tuvo la fortuna de libertarse de sus manos, visto lo qual por el loco, descargó inmediatamente su furioso brazo sobre sus dos niños, y tuvo la barbaridad de matarlos á sangre fria, para que de este modo gozasen la vida eterna. Se le llevó á la carcel, y miéntras se le formaba el proceso, degolló allí mismo á otro reo que estaba con él en el calabozo, siempre con la mira de hacer un sacrificio expiatorio. Estando ya vista claramente su manía, se le condenó á un encierro perpetuo en las jaulas de Bicêtre. El verse preso mucho tiempo (cosa muy adequada para exâltar la imaginación), y la idea de haberse libertado de la muerte, á pesar de la sentencia que habian pronunciado contra él, aumentó su delirio, y le produxo la extravagante idea de que estaba revestido del supremo poder, ó valiéndome de sus expresiones, de que era la quarta persona de la Santísima Trinidad, que únicamente habia sido enviado para salvar al mundo por el bautismo de sangre; y que si se reuniesen todos los potentados de la tierra, no podrían atentar contra su vida. Era cuerdo en materias que no fuesen de religión, tanto, que parecia tener el mas sano juicio. Habiendo pasado más de diez años en una estrecha reclusión, y habiendo manifestado por algun tiempo, aunque aparentemente, un semblante tranquilo y pacífico, se le concedió la libertad de andar por los patios del hospicio con los demas convalecientes. Ya habia pasado quatro años en este estado, quando vimos que de repente volviéron á renovarse sus ideas sanguinarias, que creia deber realizar como objeto de culto religioso. La víspera de Navidad del año pasado formó el atroz proyecto de hacer un sacrificio expiatorio matando todos los hombres del hospicio; se hizo con un tranchete, y aprovechando la ocasión en que el conserge baxaba á las jaulas para hacer la requisa, le tiró un tajo por detras, que por fortuna

resbaló en las costillas, y degolló á dos locos que estaban á su lado: hubiera continuado con tales homicidios, si los sirvientes no hubiesen acudido con armas para detener su fria rabia. Es inútil advertir, que se le tendrá encerrado mientras viva" (46).

Evidentemente el cuadro clínico no corresponde a la entidad que actualmente conocemos como manía, pero es necesario recordar que hasta antes de Kraepelin, no se separó a la demencia precoz de las otras psicosis.

Antes de Pinel pocos fueron los hospitales donde se daba un trato humanitario a los enfermos mentales. El manicomio de Valencia, construído a principios del siglo XV, era conocido en toda Europa por su excelente dirección y métodos, poseía además un departamento especial para niños. En el manicomio de Zaragoza se empleaba el trabajo agrícola para canalizar las energías de los pacientes hacia una actividad constructiva. En Palermo el Barón Pietro Pisani, administrador de la "Real Casa de Mati" consideraba que "a pesar de sus trastornos mentales, los pacientes responden a un acercamiento franco y sincero y son capaces de experimentar sentimientos de confianza, benevolencia, amistad y orgullo" y que la enfermedad había sido precipitada por las situaciones hogareñas. En 1792 un admirador y seguidor de Pinel, William Tuke fundó el "York Retreat", suministrando a los pacientes un ambiente amable y cómodo. A partir de 1752 los hospitales de E. E. U. U. comenzaron a recibir enfermos mentales y para 1812 Benjamín Rush luchó porque se les tratara consideradamente (2).

En el siglo XVIII se añaden al armamentario terapéutico de siglos anteriores las recien nacidas electroterapia y oxigenoterapia, medicamentos como la belladona y otros derivados del opio y la hidroterapia, de antiguo conocida, adquiere nuevo vigor; así Pomme cuidó y curó a una histérica haciéndola tomar baños de diez a doce horas por día, durante diez meses completos (18 y 38). A este período per

tenece también el magnetismo animal que posteriormente se convertirá en hipnotismo.

Su creador, Franz Anton Mesmer (1734-1815) interpretó las místicas propiedades de la acción magnética de la piedra imán, desde el punto de vista de una "doctrina científica" que pretendió hacer universalmente válida: el mesmerismo o magnetismo animal. Mesmer sustituyó muy pronto el imán por un complicado artefacto de su invención, el "baquet", que contenía agua magnetizada. Los pacientes formaban una cadena en torno a él, mientras el magnetizador los iba tocando con la varilla magnética o tañía la armónica para hacer más dóciles los nervios al "fluído universal"; así producía "crisis", variedad de ataques singulares de risas, gritos, contorsiones, convulsiones, estados inconscientes y "clarividentes". Su teoría pretendía que todos los seres humanos estaban influídos por las estrellas, mediante la corriente constante de un fluído magnético que llena el universo y cuyo desequilibrio productor de gran variedad de enfermedades, podía ser reestablecido por el magnetizador. Aunque Mesmer fue juzgado por una comisión que lo declaró charlatan, tuvo seguidores y defensores. El marqués de Puységur (1751-1825) y su hermano, magnetizaban a uno de sus jardineros, Víctor, llevándolo a un estado que calificaron de "sonambulismo artificial" en el que entablaba conversaciones inteligentes y lúcidas. El marqués concluyó que el muchacho tenía grandes poderes de clarividencia que se manifestaban durante el trance. Además Puységur describió lo que hoy llamaríamos sugestión posthipnótica sin comprender lo que había observado. Charles Poyen, discípulo de Puységur, llevó el magnetismo animal a E. E. U. U. En 1842 el cirujano inglés Ward realizó una amputación de muslo mientras el enfermo estaba sumido en un estado mesmeriano. En 1820 Bertran afirmó que el sonambulismo artificial podía explicarse simplemente por las leyes de la imaginación; el sujeto "se duerme simplemente porque piensa en dormirse"; esta observación puede considerarse como el punto

de transición del mesmerismo al hipnotismo, término introducido por James Braid en 1843 quien además reconoció que los estados de trance no tenían nada que ver con el magnetismo, sino con estados de fatiga e influencia del hipnotizador. En 1864 A. A. Liebault establece en Nancy su clínica para tratamiento hipnótico (2, 38 y 66).

La primera mitad del siglo XIX corresponde al romanticismo. Durante este período tienen un auge soberbio la física y la química. En biología Lamarck entroniza la idea de la herencia de los caracteres adquiridos, Schleiden y Schwann establecen la teoría celular, se fundamenta la fisiología general y comparada. Los filósofos de la época son Kant, Hegel y Schelling. La sociedad se industrializa, triunfa la burguesía liberal y capitalista, con la consecuente aparición del proletariado y la iniciación de movimientos obreros. La reacción a la Revolución francesa provoca un resurgimiento de la religiosidad, que ahora adquiere tintes sentimentales y nostálgicos. La monarquía absoluta cede el paso a la constitucional. Las posturas intelectuales oscilan entre el naturalismo (Naturphilosophie de Schelling) y el historicismo. El científico es ahora generalmente "profesor", la Universidad alcanza la cima de su prestigio y eficacia; la cátedra, el seminario y el laboratorio permiten cumplir la tarea colectiva y organizada que la ciencia ha comenzado a exigir, al servicio del estado y la sociedad burguesa. En los hospitales se confiere a los médicos la tarea de administradores, se les encarga además, de velar por la salud pública. El latín deja de ser el idioma oficial de la medicina y se publican numerosas revistas científicas. La enfermedad es temida por un lado, pero deseable por otro, viéndosela como posibilidad de elevación a una vida más sublime y exquisita, más distante de la animalidad, la palidez de cloróticos y tuberculosos es estimada socialmente. Ciencia y religión constituyen en definitiva, dos campos perfectamente autónomos (17 y 38).

Con el progreso de la microscopía, la histología se halla en su apogeo, se definen células y tejidos. Robert Remak descubre el cilindroeje y las fibras amielínicas. La embriología progresa notablemente. Frangois Magendie proclama la validez y exclusividad del experimento fisiológico; considera que para el conocimiento científico de la naturaleza es necesario ver, oir y no pensar; la fisiología debe ir íntimamente unida a las ciencias físicas y adquirir el rigor de su método, la exactitud de su lenguaje y la certidumbre de sus resultados; pero creía que los fenómenos cerebrales nunca serían explicables para una mente regida exclusivamente por las ciencias físico-químicas. A él y a Ch. Bell se debe el descubrimiento de la función sensitiva de las raíces medulares posteriores y la motriz de las anteriores. Prochska y Marshall Hall localizan el centro medular de los movimientos reflejos. Legallois y Fluorens determinan la sede del centro respiratorio bulbar. Rolando y Magendie estudian las funciones del cerebro (38). Estos estudios ensanchan el conocimiento de la fisiología del sistema nervioso, lo que influirá en las concepciones psiquiátricas de la época.

Por otra parte, la frenología, vigente sin interrupción desde el siglo IV al XIII, que intentaba la localización de las facultades psíquicas en los tres presuntos ventrículos cerebrales, readquiere importancia y novedad. Proschka creyó que el cerebro es el órgano del pensamiento, pero no consideraba que los distintos actos de la inteligencia tuvieran su sede en zonas distintas de la corteza. Explicaba los ensueños admitiendo una separación anatómica y funcional entre "el órgano de las sensaciones" (el que duerme) y el de "la imaginación" (el que sueña). Sömmerring pensó que dada la proximidad del origen real de casi todos los nervios craneales a los ventrículos, el líquido ventricular debía ser el asiento del "sensorium comune" y, por tanto, el "órgano del alma". Flourens admitió que sólo el cerebro posee relación directa con la inteligencia; pero rechazó en absoluto la

localización de los distintos factores psíquicos en zonas diversas de la corteza cerebral, al observar que cuando se va extirpando gradualmente la masa de los hemisferios cerebrales, "todas las funciones se debilitan grandemente y pasados ciertos límites se extinguen por completo. Los lóbulos cerebrales concurren con todo su conjunto al pleno ejercicio de sus funciones. Cuando se pierde una percepción, también se pierden las demás; cuando una facultad desaparece, otro tanto ocurre con las otras". Este estudio inicia la declinación de la frenología puesta en auge por Gall y Lavater.

Los progresos de la investigación empírica de la naturaleza demostraron que la "intuición intelectiva" de Schelling no era ni podía ser suficiente para conocer y dominar la realidad sensible, sin embargo, Johannes Müller (1801-1858) intentó expresar científicamente, mediante los resultados de sus observaciones y experimentaciones fisiológicas, los conceptos de la Naturphilosophie (organismo, evolución del universo y fuerza configuradora de la naturaleza). Hace el trueque de "idea expeculativa" a "idea experimental" y de Naturphilosophie a "ciencia de la naturaleza". Continuador de la fisiología de los sentidos iniciada por Purkinje, para él la "representación" y las "tendencias" eran las actividades psíquicas fundamentales. Poco después un brillante grupo de sus alumnos revolucionaría la neurofisiología europea.

La tendencia en medicina era la de hacerla una ciencia exacta, estableciendo una relación cierta y segura entre la observación clínica y las lesiones que la necropsia permitiera descubrir. Rene Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826), inventor del estetoscopio, consideraba necesario: "1o. Distinguir en el cadáver el caso patológico por las características físicas que presenta la alteración de los órganos y 2o. Reconocerle en el vivo mediante signos ciertos y cuando sea posible, físicos e independientes de los síntomas que le acompañan". Para él la enfermedad es: "el trastorno de las funciones.. No

intentaré, siguiendo los pasos de Linneo...y Pinel, dividir las enfermedades en géneros y especies.... Las especies zoológicas y botánicas son entes reales, mientras que las enfermedades no son sino modificaciones en la textura de los órganos de la economía animal, en la composición de sus líquidos y en el orden de sus funciones". El médico puede conocer la enfermedad por sus síntomas y sus signos. Los primeros son "perturbaciones variables" de las acciones vitales, demasiado "generales" en cuanto a su extensión y "equívocos" en cuanto a su significación. A la imprecisión del síntoma opone la seguridad y la exactitud del signo, sobre todo cuando es físico, esto, es "cualquier dato de observación sensorial que permita al clínico obtener, con bien fundada pretensión de certidumbre, una imagen parcial del estado anatómico en que se encuentra el cuerpo del enfermo en el momento de la exploración". Por tanto Laennec tiende a excluir el síntoma de la consideración del médico, al menos en lo relativo al diagnóstico. El signo puede ser "vital" (latido yugular en las enfermedades cardíacas, por ejemplo) y "físico" (los obtenidos por percusión y auscultación) y los síntomas a su vez pueden ser "morales" o psíquicos (angustia) y "físicos" o corporales. Pero como ya se ha dicho, los síntomas son de poco valor diagnóstico (37 y 38). Aunque la tendencia clasificadora a la manera botánica continuará aún en Psiquiatría durante largo tiempo, cada vez adquirirá mayor valor la tendencia, siguiendo los lineamientos de Laennec, al hallazgo físico, de ahí la cuidadosa localización de estigmas y zonas histerógenas y la poca importancia que se concederá al interrogatorio del enfermo mental, frente al interés por la detallada descripción de los signos físicos.

Así la nosología psiquiátrica se enriquece con la descripción del delirium tremens por el norteamericano John Ware (1795-1864). Bayle en 1822 reconoce que síntomas físicos y mentales en la P.G.P. tienen la misma causa: la inflamación de las meninges, divide la enfermedad en tres etapas:

monomanía, manía y demencia: "Al comienzo de la enfermedad existe la peculiar variedad ambiciosa de enfermedad mental que domina a los pacientes. Generalmente estan en estado de excitación, pero permanecen tranquilos y hablan con tolerable buen sentido. En la segunda etapa los síntomas son los de la manía, es decir de desarrollo mental más o menos general con predominio de ideas de carácter ambicioso y un estado de excitación, agitación o furia con algunas huellas más o menos evidentes de parálisis incompleta. La tercera etapa se caracteriza esencialmente por un debilitamiento muy considerable de las facultades intelectuales, una extinción más o menos dilatada de las ideas, con predominio de aquellas relativas a riqueza y grandeza, y por una parálisis general e incompleta; movimientos convulsivos y a veces paroxismos de agitación se asocian a menudo a esos síntomas. Esta etapa, que puede durar de 3 meses a 3 años, se distingue por un estado de estupidez o imbecilidad completa y una parálisis general muy considerable...La parálisis no puede considerarse como una complicación de la enfermedad mental" (66).

Thomas Sutton en sus "Tracts on Delirium Tremens" (1813) caracteriza de la siguiente manera el cuadro clínico: "Los ataques de esta enfermedad no se producen súbitamente; sino que durante algunos días antes, el paciente se queja de malestar, muestra repugnancia hacia los alimentos, indiferencia, debilidad y deseo de reposo cómodo. Siente dolor de cabeza, a veces vómitos y parece estar torpe y abatido. El pulso no es rápido, la piel no es muy caliente y la lengua se cubre generalmente de sarro,..el paciente se muestra intranquilo y hay una agitación general del cuerpo con temblores en las manos. Unido a esto se percibe la vacilación del espíritu....Cuando la enfermedad avanza, las facultades..se manifiestan en forma desordenada..por conversaciones fatigosas sobre cuestiones comunes frecuentemente repetidas y por discursos entrecortados, a causa, sin duda, del olvido y confusión del intelecto. En las etapas posteriores...el paciente re-

vela gran inquietud por sus asuntos, parece estar más deseoso de encontrarse donde se hallaban sus negocios y hace grandes esfuerzos para liberarse de los que le rodean.." (66).

Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, introdujo el término alucinación, dándole la definición precisa que tiene actualmente; observó que las alteraciones de la inteligencia podían ser simplemente resultado de la atención perturbada, idea que poco a poco hizo que se abandonara la identificación entre defecto de juicio y lesión cerebral especial. Intentó clasificar las formas de enfermedad mental de acuerdo con la monomanía afectiva o el disturbio de un aspecto concreto del comportamiento; por ejemplo, monomanía homicida y piromanía. Si una de las monomanías estaba asociada a depresión, la denominaba "lipemanía". Hizo una descripción muy precisa de la idiocia y acuñó el término demencia senil, describiéndola así: "Comienza con el debilitamiento de la memoria, particularmente de las impresiones recientes. Las sensaciones son débiles; la atención, al principio fatigosa, se hace finalmente imposible; la voluntad es incierta y sin vigor...Hay algunos que, antes de llegar a la demencia, experimentan una gran sensibilidad, sintiéndose irritados por la cosa más nimia; algunos se muestran muy activos, deseando emprender toda clase de tareas. Otros experimentan deseos sexuales dormidos durante mucho tiempo y que los llevan a actos contrarios a sus hábitos...Algunos sienten deseos incoercibles de alimentos...vinos y licores. La demencia sobreviene inmediatamente después de esta sobreexcitación..." Acompañaba frecuentemente sus descripciones clínicas con estadísticas y consignó en esta forma lo que entonces se conocía como causa psicológica; desilución en el amor, preocupaciones económicas y factores similares, que actualmente consideramos causa desencadenante de la enfermedad mental. Inauguró la enseñanza de Psiquiatría Clínica en la Sâlpetrière en 1817 (2 y 66).

En el tratamiento de los enfermos mentales, adquiere cada vez mayor importancia la idea de no restringirlos físicamente y John Conolly (1794-1866) pone en práctica su método de "non-restraint" (no-coerción) que gradualmente es aceptado en todos los hospitales.

Entre 1840 y 1850 surge en casi todos los espíritus europeos una nueva mentalidad, el "positivismo naturalista", derivado de la idea de Comte de que toda proposición que no puede ser reducida al enunciado de un hecho particular, no es científica y por tanto no posee sentido real e inteligible. Los "hechos" de observación, sea ésta sensorial o instrumental deben ordenarse inductivamente en "leyes" cuyo último sentido es la predicción de fenómenos futuros y el progreso de los hombres hacia una vida cada vez más cómoda y feliz. Se esperan de la ciencia, felicidad, paz y plenitud de espíritu. John Stuart Mill enuncia las reglas canónicas para el conocimiento "positivo" de la realidad. Frente al determinismo mecanicista y el evolucionismo se levantan Nietzsche, Shopenhauer y Bergson con posturas intuitivas irracionales que delifican la "voluntad". La revolución de 1848 y el Manifiesto Comunista señalan ya claramente las contradicciones inherentes a la industrialización capitalista europea. La convivencia política se basa en este período en diferentes formas de democracia y constitucionalismo; comienza a surgir la conciencia histórica con la seguridad de un estado de justicia: el socialismo frente al pesimismo de los poetas malditos, expresión de la tristeza espiritual de la burguesía europea (38).

Dentro de este marco, la ciencia, altamente valorada y cultivada eficacísimamente, se parcela en especialidades y desconoce casi por completo la exigencia de integrar en unidad y profundidad los distintos saberes especiales. Los profesores famosos, potencias nacionales e internacionales, protegidos por el estado, las finanzas y la industria, se encierran a investigar en sus laboratorios sin -

preocuparse por la situación mundial. Algunos médicos son hechos nobles, otros reciben públicos homenajes por sus inventos o descubrimientos y son invitados con beneplácito a los salones de la "buena sociedad". Florecen los sanatorios privados con buenas condiciones higiénicas, mientras el pueblo se hacina en los hospitales públicos. Virchow combate ardorosamente la posible conversión del médico en servidor público, angustiado frente a las leyes de Bismarck de 1883 relativas al seguro de enfermedad, conducente a garantizar a los trabajadores enfermos asistencia médica. La enseñanza de la medicina se vuelve racional y científica, aparecen el laboratorio de prácticas, la enseñanza de física y química, se hacen viajes de estudio entre adherentes de unas y otras escuelas (38).

La medicina se enriquece con los descubrimientos de otras disciplinas: hidrodinámica, fotografía, radiaciones, rayos X, químicas orgánica e inorgánica. La publicación en 1859 del "Origen de las especies" de Charles Darwin hace que se desarrollen la genética y el interés por el origen del hombre, la sociología, la etnología. Gregorio Mendel formula las leyes que llevan su nombre, relacionadas con la transmisión de caracteres hereditarios. Hugo de Vries opone al continuismo evolucionista darwiniano su teoría de las mutaciones discontinuas. E. van Beneden descubre la función de los cromosomas y A. H. Sturtevant la de los genes. Wilhelm Wundt (1832-1920) funda el primer laboratorio de psicología experimental. La religión deja de ser revelación para ser estudiada como un producto más de la aculturación y la historia adquiere con Marx y Engels un sentido dialéctico y económico (38).

Consecuentes con las tendencias de la época, las investigaciones médicas siguen la vigencia de cuatro ideas principales: el empirismo, el utilitarismo, el individualismo y el evolucionismo. Paul Broca (1824-1880) describe el centro del lenguaje y muestra en la siguiente historia clínica, plena constancia de la minuciosidad y sistematiza-

ción en el estudio del paciente:

"NUEVA OBSERVACIÓN DE AFEMIA, PRODUCIDA POR UNA LESION DE LA TERCERA CIRCUNVOLUCION FRONTAL.- El llamado Lelong, de 84 años, antiguo terraplenador, fue conducido a la enfermería el 27 de octubre de 1861...para ser tratado de una fractura del cuello del fémur izquierdo. Este hombre había sido admitido en el hospicio ocho años antes a causa de debilidad senil. No sufría entonces parálisis alguna y había conservado íntegros sus sentidos y su inteligencia; pero sus miembros..no le permitían el trabajo, y su mano, afecta de temblor, no era capaz de escribir; por lo demás, nunca había sabido escribir de corrido...En el mes de abril de 1860..bajando de una escalera, se derrumbó. Pudo retenérsele a tiempo de impedir que se hiriese, pero parecía haber perdido el conocimiento. Fue..tratado como víctima de una apoplejía cerebral...su hija, de quien recibo estos informes, pensó que tenía paralizada la lengua. El hecho es que desde el momento de su accidente había perdido súbita y definitivamente la facultad de hablar. No pronunciaba más que ciertas palabras, articuladas con dificultad; su marcha era un poco incierta, pero no cojeaba; su inteligencia no había sufrido afección apreciable; comprendía cuanto se le decía, y su corto vocabulario, acompañado de una expresión mímica, le permitía ser comprendido, a su vez, por las personas que habitualmente vivían con él".

"Este estado se mantuvo sin cambios hasta el 27 de octubre de 1861. Ese día..se fracturó el fémur. Omitiré en lo sucesivo todo lo referente a esta fractura. La parálisis de la lengua de que se nos había hablado no existía (datos objetivos que corroboraran este aserto y exploración general)..... A las preguntas que se le dirigían no respondía el enfermo más que por signos, acompañados de una o dos sílabas articuladas bruscamente y con cierto esfuerzo. Estas sílabas tenían sentido: eran las palabras francesas oui, non, tois (por trois) y toujours...Cuando se le preguntaba su nombre: respon-

dia..Lelo por Lelong, que así se llamaba..Las aplicaciones que hacía de la palabra tois son tan curiosas que merecen ser indicadas con algún detalle. Esa palabra iba siempre acompañada de un signo con los dedos, porque nuestro enfermo, sabiendo que su lengua traicionaba a su pensamiento, rectificaba con el gesto su involuntario error. He aquí, para mayor claridad, algunas de las respuestas. "¿Cuántos años lleva ya en Bicêtre?".- Trois; y levantaba ocho dedos...Tenía gestos muy expresivos, que le permitían respuestas perfectamente inteligibles. Con ellos me hizo conocer su profesión,..."¿Qué hacía Ud. antes de ingresar en Bicêtre?". Toujours. Y diciendo esto hacía con las manos el gesto del hombre que toma una pala, la hunde en el suelo, la levanta y lanza una paletada de tierra.- "¿Entonces era Ud. terraplenador? -Oui, con movimiento de cabeza afirmativo. Efectivamente, lo era".

"...Sabemos de él lo bastante para poder afirmar: 1o., que comprendía cuanto se le decía; 2o., que aplicaba con discernimiento las cuatro palabras de su vocabulario; 3o., que se hallaba sano de la mente; 4o., que conocía la numeración escrita, o, por lo menos, el valor de los dos primeros órdenes de unidades; 5o., que no había perdido la facultad general del lenguaje, ni la motilidad voluntaria de los músculos de la fonación y la articulación; que sólo había perdido, en consecuencia, la facultad del lenguaje articulado. Hallábase, pues, afecto de afemia..(hace diagnóstico diferencial con otro caso de la misma enfermedad)". Sigue el relato detallado de los hallazgos de la autopsia (37).

Vemos ya en esta historia claramente diferenciadas, lo que actualmente denominamos ficha de identificación; padecimiento actual; antecedentes patológicos; fuente de información de donde provienen los datos del interrogatorio; dada la condición afásica del paciente, un buen interrogatorio indirecto, que lleva hasta el momento actual y que no se mezcla con los datos de exploración ni con -

las conclusiones funcionales y diagnósticas a que llega Broca. Esta exploración es un modelo de objetividad, digna de emulación. Se justifica gráficamente, la alteración o indemnidad de las funciones mentales.

El conocimiento neurológico se enriquece además gracias a: Aug. Volney Waller que describe la degeneración de la fibra nerviosa, Paul Emil Flechsig (1847-1929) que estudia la mielinización y las fibras de proyección y asociación cerebrales; Anders Adolf Retzius (1796-1860) encuentra las conexiones entre nervios simpáticos y espinales. Todos se esfuerzan por explicar por qué y cómo ha llegado a su estructura actual el sistema nervioso, mediante estudios comparativos entre el hombre, animales y embriones. Surgen ensayos antropométricos, Lombroso intenta construir toda una morfología criminológica (estigmas anatómicos del delincuente). La "antropología constitucional" aporta bases estructurales a la antigua teoría de los temperamentos. Achille de Giovanni (1837-1916) y Fr. W. Beneke (1824--1882) son sus principales impulsores. Rudolph Virchow (1821-1902) establece sin lugar a dudas el origen celular de toda célula, nace así la citología a partir de la histología. Se describen las células de diversos tejidos, pero se continuará considerando que el sistema nervioso es un sincicio, hasta que Waldeyer, Ramón y Cajal, His y Forel demuestren lo contrario (38).

La neurofisiología de la época, aprovecha los descubrimientos de Claudio Bernard (1813-1878) y la exactitud del método experimental, concibe al sistema nervioso como un sistema anatómica y fisiológicamente destinado específicamente a relacionar y conducir y estimular, con lo que desaparece la interpretación "vitalista" de su actividad; lo divide en una "parte animal" y otra "vegetativa"; lo describe como adición de "centros específicos" relacionados entre sí por "fibras de asociación" y con el resto del organismo por "fibras de proyección"; por último, se concibe la excitación como estimulación posi

tiva de una parte del sistema nervioso y la inhibición como estimulación negativa. Estos conceptos rigen las investigaciones de la época; así R. Heidenhain estudia la excitabilidad mecánica del nervio, P. Grützner la química y Matteucci, Du Bois-Reymond, Pflüger y Ludimas Hermann, la eléctrica. Helmholtz mide la velocidad de la corriente nerviosa. En 1838 Invan Deer descubre el carácter motor de los cordones medulares anteriores y Longet y Schiff el sensitivo de los posteriores en 1841 y 1858 respectivamente. En 1851 Türck expone el concepto de "vía piramidal". A. W. Volkmann demuestra el carácter segmentario de la médula en cuanto centro de los reflejos y R. Wagner establece por primera vez el clásico "arco reflejo" en 1846. Sherrington, introductor del término sinapsis en 1897, determina los conceptos de "vía común terminal" e inervación recíproca. Se describen y valoran semiológicamente diversos reflejos. Ivan M. Sechenov (1825-1905) consideraba que la actividad psíquica dependía por completo de estímulos externos. Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936), creador del concepto de reflejo condicionado, opinaba que incluso los más elevados procesos cerebrales eran elaboraciones de reflejos condicionados simples; que los procesos más elevados inhibían las funciones cerebrales "más bajas", y que el pensamiento requiere de la inhibición de acciones inmediatas. Lucian estudió las funciones cerebelosas y Fritsch, Hitzing, Henschen, Betz, Eckard, Aronsohn, Sachs, Kohnstamm y el ya citado Broca, se dedicaron a la investigación de la localización de centros corticales, subcorticales y del tallo cerebral. C. Ertnivke describió en 1874 la afasia sensorial (2 y 38).

Los progresos en fisiología, citología, técnicas de laboratorio, etc., condicionan tres tendencias fundamentales en la medicina europea a partir de 1848: la anatomoclínica, que subordina el cuadro clínico a la lesión anatómica, considerando la enfermedad como una alteración de la forma orgánica y busca los signos capaces de revelar en el cuerpo del enfermo la existencia y la índole de la

lesión fundamental; la fisiopatológica, cuyo principio es la interpretación de la enfermedad como alteración del proceso energético y material en que parece consistir la vida y la etiopatológica, para la cual la enfermedad es, ante todo, una "consecuencia" específicamente determinada por las causas externas que la producen. Siguiendo la tendencia anatomoclínica, mejoran las técnicas de percusión y auscultación y se describen gracias a ellas numerosos signos físicos. Los datos de laboratorio se constituyen frecuentemente en signos patognomónicos; los desórdenes del lenguaje, la motilidad y sensibilidad se elevan al rango de signos físicos, es decir, objetivos, al igual que los reflejos y trastornos en la marcha. Se intenta la visualización directa de las lesiones ocultas mediante rayos X y endoscopías. La tendencia anatomoclínica se deriva de las enseñanzas de Virchow y los creadores de la neurología clásica: Charcot, Erb, Westphal y Jackson fueron sus seguidores (38).

Siguiendo la tendencia fisiopatológica establecida por C. Bernard, la asociación del laboratorio a la clínica se convierte para el médico en el "único camino real de la ciencia". Para esta tendencia lo primario de la enfermedad es el proceso vital a la postre físico-químico y no la alteración de la forma. Se ve en la enfermedad un movimiento energético y material y por tanto, el clínico y el patólogo conceden importancia primordial a los síntomas en cuanto manifestaciones visibles del proceso morboso. Todos los capítulos de la patología y el arte de la exploración, reciben la impronta de esta nueva orientación de la medicina: se considera el síntoma como un proceso energético, susceptible a veces de ser trazado graficamente en forma directa, a veces indirecta y mensurable (por ejemplo gráficas del pulso, presión y temperatura); se somete al organismo a "pruebas funcionales" y de "sobrecarga" para detectar el estado funcional de sus órganos (metabolismo basal, curva de tolerancia a la glucosa); se considera el curso de la enfermedad como un proceso continuo y mensurable, con lo que las histo

rias clínicas dejan de ser relatos verbales para convertirse en series de símbolos abstractos (cifras de repetidos exámenes de laboratorio). El signo físico se concibe como índice del estado funcional siempre mudable, aun cuando la lesión subyacente parezca ser definitiva en el momento de explorarla. La reorientación hacia el estudio del síntoma hizo posible la observación de síntomas y signos hasta entonces no observados y formas no descritas de los ya conocidos. La patología experimental produjo enfermedades en organismos previamente sanos (38).

La siguiente historia clínica, tomada de un trabajo de Sticker acerca de los casos de histeria por él observados en la policlínica universitaria de Giessen, nos muestra la actitud intelectual del fisiopatólogo ante la enfermedad neurótica:

"K. R., de 22 años, hilandera de lana de Wetzlar, dice haber padecido desde enero a marzo de 1895 una grave enfermedad febril, con trastorno de la cabeza y úlceras de decúbito que duraron algunas semanas; el médico dijo que la enfermedad era una "inflamación pulmonar". Con el retorno de la salud, aparecieron temblores en los dos brazos, y con frecuencia en el cuerpo entero. Mientras la paciente una mujer pequeña, de complexión delicada está sentada en la silla, con actitud y ánimo deprimidos, un continuo temblor agita sus brazos. Los pulgares y los índices ejecutan sin pausa los movimientos del hilado, con más intensidad del lado derecho. También las piernas tiemblan de cuando en cuando, especialmente si la enferma habla, y comunican su agitación a todo el cuerpo. Aparte de un leve bocio, respiración acelerada y las alteraciones en el brazo derecho que a continuación describo, no se descubren anomalías". (siguen los datos de exploración de funciones vitales y otras mediciones; la descripción minuciosa y medida de la atrofia del brazo derecho, consecutiva a fractura mal consolidada en la infancia; el resultado de la inscripción gráfica de los movimientos tremoro-

sos y del movimiento de hilado; el de neumograma -- que muestra "un polimorfismo de la respiración, análogo al de todas las formas de la respiración histérica" entre otros datos; el neumograma fue repetido en los cuatro días siguientes).

"...Cada cuatro días fue sometida la enferma a la hipnosis, la vez primera de un modo inmediato, - luego con creciente dificultad; la cuarta vez sólo fue posible después de veinte minutos de fijación - de la mirada sobre un botón brillante. La hipnosis, que por dos veces llegó a ser un sueño profundo y - sin reacciones, trajo consigo la completa cesación de todas las irregularidades de la respiración. Tras ello, disminuyó considerablemente la frecuencia respiratoria 45 a 33 y de 36 a 28. La curva -- no se distinguía en nada de las normales. La paciente pasó tres semanas en la clínica. Cuando salió se había reducido mucho la posición en contractura de la mano derecha; los dedos podían ser expandidos activamente, y pasivamente flexionados. El - temblor era tan sólo más débil, y siempre más perceptible a la derecha que a la izquierda; la frecuencia de la respiración había descendido permanentemente a una cifra entre 20 y 24. La temperatura osciló siempre entre 36.9 y 37.4; el pulso entre 72 y 84 pulsaciones. El neumograma obtenido dos días antes del alta de la enferma hace ver que de todas las mencionadas alteraciones sólo perdura la superposición de dos o tres ondas cada 12-14 excursiones respiratorias" (37).

Sticker hace un breve comentario epicrítico -- "El caso es bastante obscuro; más no es dudoso que la histeria tuvo en los síntomas una parte esencial. Si junto a ella había una encefalitis, es -- cuestión que solo puede quedar planteada. La contractura de la mano derecha, si bien en gran parte debe ser interpretada como una consecuencia de la - fractura ósea padecida en la infancia, ha sido considerablemente intensificada por la histeria. Los trastornos respiratorios eran de natura-----

leza histérica, y así lo demuestran su cesación durante la hipnosis y su rápida y constante mejoría a consecuencia de las sesiones de hipnotismo y sugestión". Para el autor, la histeria es un proceso morboso cuya apariencia típica puede ser demostrada y estudiada a favor del trazado gráfico de sus síntomas más importantes: el temblor y la disnea en este caso. El análisis de las curvas neumográficas ocupa mucho más espacio que todo el interrogatorio de la paciente, siendo extraordinariamente minucioso; pero perdidos entre tantas curvas, acabamos como dice Laín (37), la lectura de la historia sin saber nada esencial acerca de K.R.. Las grandes limitaciones de la mentalidad fisiopatológica son patentes; no hay datos sobre la posible causa de la enfermedad y la paciente resulta caracterizada por una serie de mediciones (37).

En la estructura formal de la historia, encontramos una notable pobreza de antecedentes personales, familiares y circundantes al inicio de la enfermedad. El interrogatorio es magro y la exploración, además de desordenada, no incluye el examen mental de un padecimiento evidentemente psíquico, sino exclusivamente los datos físicos observables. No se consignan ni tratamiento previo ni el carácter de las sugestiones empleadas durante la hipnosis, gracias a las cuales, parecen haber disminuído los síntomas.

Cuando Pasteur, Koch y Klebs con sus descubrimientos, hicieron surgir la microbiología y posteriormente la inmunología, aumentó el conocimiento sobre las causas de la enfermedad y apareció una nueva orientación nosológica: la etiopatológica, que permitió la creación de entidades nosográficas fundadas casi exclusivamente sobre la etiología. A esta corriente pertenece Bumke, que, en la historia siguiente, llega a considerar la situación familiar del paciente como causa eficiente y final del trastorno que describe; situación que contrasta radicalmente, con la de Sticker:

"A.K., de 53 años, profesor de Universidad; por temperamento es habitualmente alegre, pero también débil (blando) y no muy activo. Escogió una ocupación teorética tanto para evitar las cuestiones prácticas (por su especial modo de ser), como porque su situación económica no le obligaba a otra cosa. Ha perdido en la guerra a su único hijo. Su mujer no puede consolarse de ello y le echa en cara continuamente su falta de comprensión. Súbitamente se le presenta un calambre de la mano derecha, que llega a repetirse hasta veinte veces al día y que en el curso de dos o tres semanas cede a una terapéutica cualquiera. Varios meses después, al comenzar las vacaciones universitarias, aparecen contracturas dolorosas en toda la mitad izquierda del cuerpo, que suelen reiterarse hasta veinte veces en un día y duran algunos minutos. Al paciente le angustia terriblemente la idea de una enfermedad orgánica. Curación difícilmente obtenida mediante la afirmación autoritaria de su salud corporal y la explicación sistemática de su dolencia. El paciente comienza rechazando con dureza esta explicación, pero se siente obligado a admitirla cuando ve que llega a cumplirse la indicación sugestiva de que sus contracturas desaparecerían el mismo día de comenzar el curso. Desde entonces no han vuelto a presentarse síntomas psicógenos. En cambio, sigue angustiándose a veces, cuando piensa en la posibilidad (carente de verdadero fundamento) de conflictos venideros" (37).

Podemos deducir del resúmen que nos presenta Bumke, que la anamnesis fue más o menos extensa, pero falta toda exploración física y mental.

La pugna entre las tres formas citadas de enfocar la enfermedad en general y los padecimientos mentales en particular, campo en el cual se añade además la escuela reflexológica, continúa hasta la fecha. En el siglo XIX vuelve a ponerse en boga la idea de la "constitución individual", mediante la investigación de la herencia morbosa (B.A. Morel, Huntington, Friedrich, Charcot y Pierre Marie) y el

estudio de los tipos somáticos (Viola, Pende, F.W. Beneke), cuya influencia también puede observarse en nuestros días. Beneke pensaba que la mensuración del cuerpo podía dar al clínico y al patólogo una orientación respecto al tipo de las enfermedades que cada individuo está predispuesto a padecer por razón de su constitución biológica, y respecto al modo como padecerá cualquier enfermedad, pertenezca o no al círculo de aquellas a que su hábito constitucional le predispone. Con ello intenta establecer una relación objetiva y basada en la experiencia entre el componente biológico de la descripción del sujeto, el estado actual y el curso de la enfermedad (38).

La descripción de síndromes psiquiátricos continúa: Delirio querulante (Emmanuel Mendel), perversiones sexuales (Kraft Ebing), síndrome de Korsakoff, "degenerados superiores" (Moreau), locura circular (Jean Pierre Falret), "folie a deux" (Lasegue), psicosis tóxicas (Valetin Magnan). Jean Marie Charcot (1825-1893) que entre otros síndromes neurológicos describió las crisis gástricas de la tabes, se consagró en los últimos años de su vida casi por completo al estudio de la histeria. Incluyó en ella las crisis histéricas (grande hysterie), las parálisis, anestesias, espasmos musculares, ciertas coreas, mutismos, tartamudez, hipo rebelde, astasia- abasia, anorexia nerviosa, ciertos trastornos gástricos y la poliuria. Su mentalidad anatomoclínica lo llevó a describir, como si fuesen porciones de un cuadro morboso típico e invariable, el curso del gran ataque histérico (fases tónica y clónica, actitudes pasionales y "clownismo), los trastornos visuales y sensitivos de la histeria (hemianopsias por ejemplo), etc. A sus espectaculares lecciones de la Salpêtrière asistían no sólo estudiantes y médicos, sino artistas y gente de mundo. Consideraba que el método más seguro y exacto para el estudio de las enfermedades mentales era el examen neurológico concienzudo y refinado y que si se registraban cuidadosamente la distribución de las parálisis y anestesias, se

eliminaba completamente la posibilidad de simulación. Trató de establecer los cambios cerebrales que ocurrían durante la hipnosis y atribuyó la sugestibilidad hipnótica al padecimiento histérico. Aunque dió pruebas de conocer la existencia de corrientes y contracorrientes psicológicas, las atribuyó a causas físicas, orgánicas de carácter morboso, combinadas con la herencia. Creía que los ovarios tenían algo que ver con las convulsiones histéricas, aunque diferenciaba éstas de la epilepsia, hablaba siempre de histero-epilepsia. Dió importancia a los "estigmas", o síntomas permanentes interparoxísticos de la histeria (2, 38 y 66).

Consideraba que, a pesar de la variedad de expresiones clínicas, los accidentes histéricos eran típicos. Tomo de Laín (37) la siguiente historia:

"HISTERIA MASCULINA.- El llamado Rig.., mozo de almacén, de 44 años, ingresó en la Salpêtrière el 12/V/1884; es decir, pronto hará un año. Es un hombre alto, fuerte, bien musculado; ha sido antes tonelero, y soporta sin molestia un trabajo fatigoso. Los antecedentes hereditarios son muy notables en este enfermo. Su padre vive todavía; tiene 76 años. De los 38 a los 44 años, a consecuencia de disgustos y pérdida de dinero, sufrió ataques de nervios, acerca de la naturaleza de los cuales solo imperfectamente puede informarnos el enfermo. Su madre murió a los 65 años, asmática. Un tío abuelo de la madre era epiléptico y murió de las secuelas de una caída en el fuego sobrevenida durante un acceso. Las dos hijas de este tío fueron también epilépticas. Rig..ha tenido siete hermanos y hermanas que no presentaron enfermedades nerviosas. Cuatro han muerto; de los tres restantes, una hermana es asmática. El paciente ha sido padre de nueve hijos, cuatro de ellos muertos en edad temprana. De los cinco que viven, una muchacha de 15 años tiene crisis nerviosas; otra, de 10 años, sufre ataques de histero-epilepsia, que M.P. Marie ha observado aquí mismo; otra es débil de inteligencia; los dos muchachos restantes no presentan nada notable".

"De los antecedentes personales quiero hacer notar los hechos siguientes: A los 19 y a los 29 años, el enfermo ha padecido reumatismo articular agudo, sin lesiones cardíacas. El último ataque ha durado seis meses, y acaso haya que atribuir al reumatismo las deformaciones de las manos que en él se observan. De niño era medroso; su sueño se veía perturbado por ensueños y pesadillas, era, además, sonámbulo. Con frecuencia se levantaba de noche, trabajaba y al día siguiente quedaba muy sorprendido viendo su labor hecha. Tal estado duró de 12 a 15 años. Se casó a los 28 años. No hay en sus antecedentes sífilis ni alcoholismo, aun cuando el enfermo haya sido tonelero. Vino a París a los 32 años. Trabajó al comienzo con su padre, y luego se empleó como mozo de almacén en un taller de refinación de aceite. En 1876, a los 32 años, le sobrevino el primer accidente. Se cortó profundamente con una navaja de afeitar que afilaba...sobre la cara anterior de su antebrazo.. Afectado por la hemorragia y el espanto, el enfermo cayó a tierra, privado de sentido y movimiento. Tardó en volver en sí y quedó por dos meses profundamente anémico, pálido y sin poder trabajar".

"En 1882, hace, por tanto, tres años, cuando bajaba a la bodega un barril de vino...el tonel rodó por la escalera, y con seguridad le habría aplastado si no hubiese tenido tiempo de ladearse; más no logró hacerlo sin producirse una ligera herida en la mano izquierda. A pesar del susto...pudo levantarse y ayudar a subir el tonel, pero cinco minutos después experimentó una pérdida de conocimiento que duró veinte minutos. Cuando volvió en sí, fue incapaz de andar, tan débiles eran sus piernas...Durante dos días le fue absolutamente imposible trabajar; por la noche, su sueño era perturbado por visiones terroríficas e interrumpido por gritos: "¡A mí..¡me matan!". Veía en sueños la escena de la bodega. Volvió, sin embargo a su trabajo; pero diez días después del accidente, en medio de la noche, tuvo un primer ataque de histero-epilepsia. Desde entonces, los ataques se han re-

petido, casi regularmente, cada dos meses; y en el intervalo, durante la noche, bien durante el primer sueño, bien al despertar, se ha sentido con frecuencia perturbado por la visión de animales feroces. Otras veces recordaba al salir de sus crisis lo que había soñado durante el ataque, cosa que no sucede ahora. Estaba en un bosque sombrío, perseguido por bandidos o por animales feroces, o bien se repetía ante sus ojos la escena de la bodega...Nunca..ha tenido sueños o alucinaciones de carácter alegre o agradable. Por entonces fue a consultar a Santa Ana. Se le prescribió bromuro potásico, y esta medicación no ha tenido nunca la menor influencia sobre sus ataques...Así vino a la Salpêtrière, y a su ingreso observamos el siguiente estado".

"El enfermo está pálido, anémico y tiene poco apetito, sobre todo para la carne, a la cual prefiere los alimentos ácidos. Su estado general...es bastante poco satisfactorio. Los estigmas histéricos son en él más claros. Consisten en una hemianestesia doble en placas, de gran extensión, así para el dolor (pellizcamiento, pinchazo) como para el frío. La anestesia sensorial es, en general, muy débil: el gusto y el olfato son normales; el oído, sin embargo está embotado de manera bastante sensible, sobre todo a la izquierda; el enfermo no oye cuando se aplica sobre su cráneo el objeto sonoro. En lo que concierne a la visión, los síntomas..... bastarían por sí solos para afirmar la naturaleza histérica de la afección. Presenta en los dos lados... un notable estrechamiento del campo visual, más acentuado a la derecha. Distingue todos los colores, pero el campo visual del azul es más estrecho que el del rojo y más desplazado hacia adentro, fenómeno por completo característico del campo visual de los histéricos...existen...dos puntos histerógenos uno cutáneo, por debajo de las últimas costillas del lado derecho, y otro más profundo, a nivel del hueco poplíteo derecho, punto en el cual existe un quiste muy doloroso espontáneamente. No se observa..punto testicular. La presión sobre los puntos espasmógenos, desencadena en el enfermo to-

dos los fenómenos del aura histérica: dolor precordial, constricción del cuello, con sensación de bola, silbidos en los oídos, latidos en las sienes, fenómenos estos últimos que, como es sabido, constituyen el aura cefálica. Estos puntos son, en cambio...muy débilmente espasmo-frenadores; es decir, que su excitación, incluso intensa y prolongada, sólo detiene muy imperfectamente un ataque en vías de evolución".

"En el estado mental de Rig..dominan hoy, como siempre, la ansiedad, el miedo, la tristeza. No puede dormir en la obscuridad; en pleno día, prefiere no estar solo; es de una sensibilidad excesiva y le invade un gran terror cuando ve o recuerda ciertos animales tales como ratas, ratones, sapos; los mismos que suele ver en sus espantosas pesadillas o en sus frecuentes alucinaciones hipnagógicas. Está siempre triste: "Me aburro de mí mismo, dice. Cierta movilidad de espíritu se traduce en su incapacidad de entregarse a nada, y en el hecho de emprender y abandonar a la vez cinco o seis tareas. Es inteligente y relativamente instruido. Su carácter es dulce y por completo desprovisto de instintos malignos".

"Los ataques son espontáneos o provocados. Cualquiera que sea el modo de su génesis, comienzan siempre por una viva sensación de quemadura a nivel de los puntos espasmógenos, a la que suceden pronto el dolor epigástrico, la sensación de constricción del cuello y de bola, y, por fin, el aura cefálica, consistente en silbidos de oídos y latidos en las sienes. En este momento, pierde el enfermo el conocimiento y comienza el ataque propiamente dicho. Está dividido en cuatro períodos distintos y separados. En el primero, el enfermo esboza algunas convulsiones epileptiformes. Viene luego el período de los grandes movimientos de salutación, extremadamente violentos e interrumpidos de cuando en cuando por un "arco de círculo" por completo característico, ya trazado hacia adelante (emprostótonos), ya hacia atras (opistótonos), con

los pies y la cabeza apoyados en la cama y el cuerpo levantado a manera de puente. Entre tanto, el enfermo lanza gritos salvajes. Viene después el tercer período, el llamado de las "actitudes pasionales" durante el cual pronuncia palabras y emite gritos en relación con el sombrío delirio y las visiones terroríficas que le persiguen: ora el bosque, los lobos, los animales espantosos; ora la bodega, la escaldera, el tonel que rueda. Recobra por fin el conocimiento, reconoce a las personas que le rodean y las nombra; pero el delirio y las alucinaciones persisten durante algún tiempo; busca en torno a él y bajo el lecho las bestias negras que le amenazan; examina sus brazos, pensando encontrar en ellos vestigios de las mordeduras que cree haber sentido...luego vuelve en sí y acaba el ataque, más para repetirse, casi siempre, pocos minutos más tarde, hasta que, después de tres o cuatro ataques sucesivos, recobra el paciente su estado normal. Nunca se ha mordido la lengua en el curso de estas crisis, ni se ha orinado en el lecho".

"Desde hace casi un año, R. está sometido al tratamiento por la electrización estática. A la vez, le hemos prescrito todos los tónicos, todos los reconstituyentes imaginables. No obstante, tanto los estigmas y permanentes como los ataques persisten sin cambios apreciables; y después de tres años de existencia, no parece que vayan a modificarse muy pronto. Trátase, sin embargo, de un caso de histero-epilepsia de crisis mixtas (histeria epileptiforme), perfectamente caracterizado. Es patente que la estabilidad de los estigmas, acerca de la cual he insistido lo suficiente, no puede hacernos vacilar en el diagnóstico".

Si bien es cierto que Charcot fue criticado por "cultivar" un determinado cuadro clínico en sus pacientes, no podemos negar el orden riguroso que sigue en su interrogatorio y exploración aquí presentados, que nos permiten observar claramente cómo influyen en la investigación clínica, las ideas del explorador sobre la etiología y características del

proceso morboso. Charcot busca y encuentra, antecedentes hereditarios, sucesos traumáticos desencadenantes, puntos histerógenos y estigmas histéricos, así como el curso típico del ataque histérico. Su intención es demostrar su teoría y por ello mezcla explicaciones relativas a la patología presente con su interrogatorio y exploración. Al final, basándose en los datos obtenidos, establece diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Aunque el relato del estado mental es muy breve, tiene su capítulo aparte. Con una orientación distinta, que por tanto pone más de relieve los aspectos mencionados, la historia clínica presentada por Charcot posee prácticamente todos los elementos que encontraremos en los historiales actualmente usados.

Mientras Charcot enseñaba en la Salpêtrière, Hippolyte Marie Bernheim trabajaba en Nancy siguiendo los pasos de Liebeault; observó que una variedad infinita de las manifestaciones descritas por Charcot y sus seguidores, eran resultado de las sugestiones inadvertidas del hipnotizador y no pertenecían, por tanto, a la naturaleza misma de la enfermedad. Sostenía que la sugestibilidad no se limitaba a los histéricos y que una o muchas reacciones sociales y antisociales de carácter normal y anormal, se debían a sugestión y autosugestión. Reconoció la existencia de "psiquismos" involuntarios, de "automatismo" psicológicos. Pierre Janet (1859-1942) postuló que la "debilidad del sistema nervioso" del histérico, que llamó psicastenia, podía ser consecuencia de la fatiga o de un shock y que contribuía a una tensión psicológica inadecuada y por tanto a falta de cohesión psíquica; esto conduciría a la producción de fisuras en ciertos aspectos de la personalidad y subsiguientemente a la producción de fenómenos histéricos y disociativos (estado de doble consciencia). De las escuelas de Nancy y la Salpêtrière surgió una nueva orientación psiquiátrica; la vida real del enfermo cobró importancia, comenzaron a explorarse su vivir y sus problemas y el campo de las neurosis fue al fin incluído dentro del campo de

la medicina (2 y 66).

Entre los psiquiatras alemanes predominaba la corriente organicista. Theodor Meynert (1833-1892) propuso una clasificación de la enfermedad mental basada en sus investigaciones histopatológicas. Creía que cualquier psicosis se debía a diversos cambios en el sistema circulatorio, que ilusiones y alucinaciones provenían de irritación cerebral subcortical, mientras manía y melancolía eran provocadas por cambios en los vasos o células corticales. Se desarrolló lo que Gruhle llamó la escuela de la "mitología del cerebro". Sin embargo, de ella provienen las importantes contribuciones de Nissl y Alzheimer. Karl Wernicke (1848-1905), además de describir la afasia que lleva su nombre, descubrió que en los pacientes con lesión cerebral existe amnesia para los sucesos recientes, mientras se conserva la memoria de los hechos remotos, dato fundamental en el diagnóstico diferencial entre organicidad y psicosis funcional. También describió la alucinosis alcohólica. Moeblus (1853-1907) dividió las psicosis en exógenas y endógenas. K. F. Flemming estudió las manifestaciones de la ansiedad e introdujo el término "ansiedad precordial". Karl Westphal (1833-1888) describió la neurosis obsesiva, hizo algunas observaciones sobre homosexualidad y agorafobia y Wilhelm Sander estudió la paranoia. Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) introdujo los términos catatonía, verbigeración, ciclotimia, parafrenia, neofrenia, disfrenia y eufrenia. Ewald Hecker (1834-1909) describió y acuñó la palabra hebefrenia. Emil Kraepelin (1855-1926) estudió miles de casos, abarcando no solo la historia de cada enfermedad, sino la de cada paciente antes de enfermar y después de abandonar el hospital, pudo así escoger todo lo que había en común en esos numerosos individuos, omitiendo la consideración de los datos puramente individuales y logrando una excelente descripción de la "enfermedad mental", aunque no del individuo enfermo, ya que no se interesaba mayormente por lo que el paciente pensaba, sino por cómo lo hacía. Dividió las enfermedades mentales en: demencia precoz, psicosis maniaco depresivas, paranoia y

melancolía involutiva (2 y 66). En su "Introducción a la clínica psiquiátrica" Kraepelin ejemplifica con casos clínicos la patología que intenta demostrar:

"Señores: Este hombre tan robusto y bien nutrido, cuya edad no pasa de los veintiuno, y que hoy se halla en vuestra presencia, ha entrado en el hospital hace algunas semanas. Siéntase tranquilamente, con la vista al frente y sin desviar la mirada cuando se le dirige la palabra; pero evidentemente entiende muy bien nuestras preguntas, pues contesta en forma adecuada, aunque despacio y después de reiterárselas varias veces. De sus escasas manifestaciones, hechas con tenue voz, venimos a colegir que se cree enfermo, sin dar más amplitud ni explicaciones sobre los síntomas y la enfermedad, que el paciente atribuye a prácticas del onanismo cuando tenía diez años. Por ello cree haber incurrido en pecado contra el sexto mandamiento, hallarse menos apto para el trabajo, encontrarse continuamente en estado de languidez y abatimiento, y haberse hecho hipocondríaco. Además, la lectura de ciertos libros le ha inducido a pensar que tiene una hernia y que padece de agotamiento de la médula espinal, no siendo ciertas ninguna de ambas cosas".

"No gustaba de reunirse con sus compañeros porque creía que conocían los resultados de sus vicios y se mofaban de él. Hace estas declaraciones en tono de indiferencia, sin alterarse ni tener en cuenta nada de lo que le rodea. Ninguna emoción se manifiesta en su semblante: solamente le vemos sonreir de cuando en cuando. Suele observarse algún pliegue en la frente, algún espasmo facial; alrededor de la boca y de la nariz pueden apreciarse constantemente ligeras sacudidas. Sobre su pasado no da informes completos. Por sus conocimientos, presumimos su buena instrucción. Hace un año estaba preparado para hacer su ingreso en la Universidad. Sabe dónde se encuentra, quién es y cuánto tiempo lleva aquí; pero apenas conoce los nombres de las personas que le rodean, y no se ha preocupa

do de saberlos. Escasa es la relación que puede darnos de los sucesos generales del pasado año. Respondiendo a nuestras preguntas nos dice que está dispuesto a continuar en el hospital por el presente. Hubiera preferido haber adoptado una profesión, si bien no sabe cuál pudiera haber sido ésta. No son apreciables trastornos físicos de orden alguno, salvo la exageración de los reflejos rotulianos".

"A primera vista quizás nos recuerda este enfermo los estados de depresión...Más...a pesar de ciertos aislados puntos de semejanza se trata de una enfermedad con rasgos bien distintos. El paciente hace sus manifestaciones despacio y con monosílabos, no porque sus respuestas se hallen impedidas por una potencia superior, sino porque no siente deseo alguno de hablar. No deja de oir ni de entender...pero sin que apenas preste atención. No hace caso de lo que se le dice, y contesta sin pensar, lo primero que se le ocurre. Su voluntad no parece que haga esfuerzo alguno. Todos sus movimientos son lánguidos, inexpresivos, pero sin vacilación ni molestia, no se nota signo alguno de desaliento, como podría esperarse del contenido de su charla; permanece como atontado, sin miedo, sin deseos, sin esperanzas. No le afecta sino superficialmente cuanto acontece a su alrededor, aunque alcanza a comprenderlo sin gran dificultad. Nada le importa quién sea el que ante él aparezca o desaparezca, o quién le hable o le cuide y ni una sola vez preguntará por sus nombres".

"Esta falta peculiar y fundamental de sentimiento intenso de la vida, a la cual se asocia la capacidad de entender y recordar, es el signo diagnóstico de la enfermedad que tenemos ante nosotros. Aparece aún más evidente si observamos al enfermo algún tiempo y vemos que a pesar de su buena educación, nada le importa permanecer en cama semanas, y aun meses, o estar siempre sentado sin ocuparse en nada. Muchas veces fija la vista impávido, parece rumiar algún pensamiento, dibujándose casualmente en su rostro inexpresivo una ligera sonrisa.... No se le puede hacer que escriba una carta: no tiene

nada que decir; pero por casualidad suele dirigir al médico unas cuantas frases de todo género, con ideas de construcción medio infantil, en estilo - alegre y sin gran conexión. Suele pedirle que -- "haga un poco más allegro en el tratamiento", "un movimiento liberativo para ensanchar el horizonte" quiere "ergo extraer alguna chispa de las lecciones"; y, "nota bene, sólo por Dios", desea "que - no se le asocie en el club de los inútiles": "el trabajo profesional es el bálsamo de la vida". Estos trozos de escritura, como sus manifestaciones de que está razonando sobre el mundo y de que éste necesita actualmente una filosofía moral, no dejan lugar a duda de que, además de la desnudez emocional, hay también en este caso un alto grado de debilidad de juicio e incoherencia, aunque la memoria pura no haya sufrido menoscabo...Esta afec---- ción...es dementia praecox"

"El desarrollo de la enfermedad ha sido completamente gradual. Nuestro enfermo, cuyos padres padecieron transitoriamente de abatimiento, no fue a la escuela hasta que cumplió los 7 años. Ha sido delicado de salud, tardío en hablar; más cuando se le puso a estudiar, aprendía pronto. Se distinguía por su retraimiento y terquedad. Habiéndose hecho onanista en sus primeros años, volvióse cada vez más retraído y solitario en sus últimos tiempos. Creía que era objeto de la burla de sus hermanos, y se aislaba de toda compañía a causa de su fealdad, según se lo testificaba el espejo, que -- por este motivo quitó del cuarto. Hace un año hubo de desistir de hacer el examen oral al terminar la primera enseñanza, después de practicar el escrito, porque no se sintió con fuerzas para trabajar más. Lloraba y se masturbaba mucho, tocaba en el piano sin ton ni son, y comenzó a escribir observaciones "Sobre la obra nerviosa de la vida que yo no puedo llevar a cabo". Era incapaz de ninguna clase de trabajo mental, ni aun físico, sin sentirse agotado; pedía un revólver; comía cerillas - para matarse, y perdió todo afecto a su familia. De tiempo en tiempo se ponía excitado y molesto --

gritando por las noches desde la ventana. En el hospital le duró varios días un acceso de excitación en el cual charloteaba y hacía visajes, corría sin objeto, escribía trozos inconexos, que tachaba y retachaba con combinaciones de arabescos sin significado alguno. A esto seguía un período de tranquilidad, en el cual no podía explicarse su conducta anterior. Este enfermo volvió más tarde al seno de su familia en el mismo estado y se encuentra ahora de nuevo en el hospital hace tres años, estúpido y demente". (Kraepelin, 36).

Continúa su lección el autor insistiendo en el carácter patognomónico del afecto inapropiado, gesticulaciones y sacudimientos musculares, trastornos del pensamiento y negativismo.

La observación del paciente es completa y detallada, pero el interrogatorio es bastante breve. La investigación histórica del paciente parece no ser importante para Kraepelin, a diferencia de lo que hemos observado en Charcot. La exploración del estado mental tiende a la demostración de la existencia de desnudez emocional, trastorno del juicio e incoherencia, mientras se conserva la memoria. A diferencia de lo que es habitual en las historias actuales, Kraepelin discute el diagnóstico diferencial antes de terminar la exposición del cuadro clínico.

A fines del siglo XIX, la terapéutica se enriquece con síntesis puras de los principios activos vegetales y minerales, en Psiquiatría se usan ampliamente bromuros y opiáceos, Paul Broca inicia la neurocirugía y V. Horsley en 1886 opera con buen éxito un caso de epilepsia jacksoniana. John Hughlings Jackson (1834-1911) rebate la tesis de Broca sobre la lesión cerebral, que ahora se ve como estímulo que desencadena la respuesta de todo el sistema nervioso y condiciona además, una "disolución", esto es, destrucción gradual de las funciones del sistema nervioso, afectándose primero las actividades de los centros superiores. Jackson estima tan-

to lo que el enfermo no puede hacer como lo que hace y los testimonios de la liberación de los centros inferiores a la lesión. Con los conceptos de Jackson el curso de la enfermedad deja de ser mera sucesión de acontecimientos, para adquirir un evidente sentido biológico, ya que se contempla según la tendencia del proceso morboso hacia la curación o hacia el agravamiento. En el primer caso se recupera o suple la actividad de los niveles nerviosos superiores; en cambio, el agravamiento supone la invasión de centros biológicamente inferiores, es decir, un progreso de la "disolución" o "desintegración". Por tanto es preciso tener en cuenta el orden cronológico de la aparición de los síntomas que integran el cuadro patológico y la evolución de ellos en el tiempo, como resulta evidente en la siguiente historia:

"J. K., de 17 años, es la mayor de una familia de nueve hijos. Padre, madre, hermanas y hermanos viven y estan sanos. La madre no ha tenido abortos hasta los últimos nueve meses, durante los cuales ha tenido dos. La mayor parte de los hijos tienen, al parecer, estrechez del puente nasal, y muchos de ellos padecieron vegetaciones en la primera infancia; pero..ninguno ha sufrido el menor exantema. Ninguno ha padecido trastornos oculares. La paciente nació a término y sin ayuda instrumental. En su primera infancia sufrió vegetaciones, pero no exantemas. Ha padecido siempre de un estrabismo que ha empeorado, según dicen, desde el comienzo de los ataques. No comenzó a andar hasta los tres años; pero habló a la misma edad que sus hermanos, es decir a los doce meses. Ha tenido tos ferina, sarampión y escarlatina. En la época de la primera dentición sufrió durante casi dos años, con intervalos, "convulsiones dentarias"; permanecía inmovil y "como muerta". No tuvo nunca convulsiones durante estos ataques. La enfermedad actual apareció a los nueve años. Los ataques comenzaron por ser mensuales y crecieron gradualmente en frecuencia hasta hacerse semanales a los quince años, con la aparición de la pubertad. Des

pués aumentaron rapidamente, hasta presentarse varias veces al día. En Marzo de 1901 cayó la enferma en status epilepticus durante diez días, a lo cual siguió un período como de un mes totalmente exento de ataques. Volvieron éstos a producirse, creciendo en número hasta cuatro días antes de entrar en observación el 20/XII/1901, fecha en que de nuevo cayó en status epilepticus".

"II. EXAMEN GENERAL.- Cuando se la vió por primera vez sufría accesos cada diez minutos; en los intervalos recobraba la conciencia, pero era muy escasa su capacidad mental. El examen general no terminó hasta el 22/XII; el lapso fue consagrado a la observación de los accesos. En ese momento, la enferma no había tenido ataque alguno desde hacía media hora; podía obedecer órdenes y responder a preguntas sencillas. Estaba, sin embargo, muy obnubilada, con muy mala memoria y con dificultades para fijar su atención". (37) Continúa aquí un examen general muy minucioso, que incluye oftalmoscopía y exploración neurológica amplia. Además se describen diversos ataques epilépticos.

Vemos en esta historia ya claramente diferenciados interrogatorio y exploración. En el primero los antecedentes preceden al cuadro clínico actual, que sigue los síntomas desde su inicio hasta el momento en que es observada la paciente. El examen general abarca todas las regiones del organismo e incluye los resultados de la exploración armada (oftalmoscopía) y del estado mental de la paciente. Este orden es el que hasta la actualidad, sigue rigiendo la elaboración de la historia clínica.

A esta misma época pertenece Sigmund Freud (1856-1939), creador del psicoanálisis, alumno del fisiólogo Brücke, del psiquiatra Meynert y de Charcot; se dedicó inicialmente a investigaciones sobre neuroanatomía (orígenes de las conexiones neuronales del nervio acústico, estudios de las raíces posteriores de los ganglios de diversos animales) y neurología (parálisis cerebral infantil y afasia).

Entre 1886 y 1889 comenzó a estudiar casos de histe ria en colaboración con su colega, amigo y protector Joseph Breuer, descubridor, por azar, del método catártico. En 1895 publican "Estudios sobre la histeria" en donde exponen la teoría del trauma psíquico, producido por diversos acontecimientos cuyo componente afectivo no había encontrado salida en el momento del incidente traumático y derivándose hacia diversos órganos provocaba los síntomas histéricos. Al revivir mediante la hipnosis las escenas traumáticas y dar salida al efecto correspondiente, los síntomas desaparecían. También en 1895 elaboró Freud, sin la colaboración de Breuer, su "Proyecto para una psicología científica" publicado postumamente y en el que intentaba explicar los procesos psíquicos en términos energéticos de acuerdo con las teorías neurofisiológicas de su época. Liberado de la influencia de Breuer, Freud abandonó la hipnosis, que inicialmente intentó dominar, asistiendo a las clínicas de Liébeault y Bernheim en Nancy y descubrió el método de la asociación libre, que usó a partir de 1895. Así comenzó a comprender los significados de los símbolos mediante los cuales expresaban los pacientes el material inconsciente reprimido y pudo desentrañar el significado de sus sueños, establecer la teoría de la libido y las leyes del funcionamiento del inconsciente, los diversos mecanismos mediante los cuales se deriva en el síntoma la energía psíquica (mecanismos de defensa) y establecer que el síntoma es el resultado de un conflicto que primero caracterizó como consciente-inconsciente y que a partir de 1923 con la publicación de "El yo y el ello" y de "Inhibición síntoma y angustia" en 1925 se entendió como conflicto interestructural, como producto transaccional entre impulsos libidinosos y/o agresivos y reacciones del yo, puestas en actividad gracias a la señal de alarma dada por el propio yo (angustia) frente a peligros actuales potenciales, que en el pasado provocaron displacer. La terapia cambió de la mera catarsis al revivir transferencial de las relaciones vitales significativas y a su elaboración subsecuente. (Jones E.,

33, y Freud S., 27 y 28).

La historia clínica es para Freud ya una parte del tratamiento, por tanto no encontraremos en ella el orden riguroso que ha caracterizado el trabajo de Jackson. No por ello es menos minuciosa la investigación sintomatológica que se dirige fundamentalmente a las circunstancias pasadas y presentes en la vida del enfermo que han podido determinar la aparición de ese, específicamente ese y no otro síntoma. Inicialmente Freud, siguiendo a sus maestros, exploró también minuciosamente la predisposición hereditaria de la enfermedad mental, aunque poco a poco fue convenciéndose cada vez más de la ausencia de taras hereditarias; siempre fiel a su formación médica, asignó un papel a la predisposición constitucional entre los demás factores causales de neurosis y psicosis. El siguiente es el resumen de uno de los historiales clínicos de Freud, publicado en 1895, se trata de la Srita. Elizabeth von R.

"En el otoño de 1892, un colega y amigo mío me pidió reconociese a una señorita que desde hacía más de dos años venía padeciendo dolores en las piernas y dificultad para andar. A sus demandas añadía que, en su opinión, se trataba de un caso de histeria...Conocía algo a la familia de la enferma y sabía que los últimos años habían traído para ella más desdichas que felicidades. Primero había fallecido el padre de la enferma, luego tuvo su madre que someterse a una grave operación de la vista y poco después una hermana suya, casada, que acababa de tener un hijo, sucumbía a una antigua enfermedad del corazón. En todas estas enfermedades y desgracias, había tomado la sujeto parte activísima, no sólo afectivamente, sino prestando a sus familiares la más abnegada asistencia".

"Mi primera confrontación con la Srita. de R., que tendría por entonces veinticuatro años, no me hizo penetrar mucho más allá en la comprensión de su caso. Parecía inteligente y psíquicamente normal, y llevaba su enfermedad, que la apartaba del

trato social y de los placeres propios de su edad, con extraordinaria conformidad, haciéndome pensar en la "belle indifférence" de los histéricos. Andaba inclinada hacia adelante, aunque sin precisar apoyo ninguno ni presentar tampoco su paso carácter patológico u otra cualquiera singularidad visible. Sin embargo se quejaba de grandes dolores al andar y de que, tanto este movimiento como simplemente el permanecer en pie, le producían pronta e intensa fatiga, viéndose así obligada a guardar reposo, durante el cual, si bien perduraba el dolor, era bastante mitigado. Este dolor era de naturaleza muy indeterminada, mereciendo más bien el nombre de cansancio doloroso. Como foco de sus dolores indicaba una zona bastante extensa y mal delimitada, situada en la cara anterior del muslo derecho. De esta zona era de donde partía con más frecuencia el dolor y donde se hacía más intenso, advirtiéndose en ella una mayor sensibilidad de la piel y de los músculos a la presión y al pellizco, mientras que los pinchazos con una aguja eran recibidos más bien con indiferencia. Esta hiperalgesia de la piel y de los músculos...se extendía a toda la superficie de las piernas. Los músculos parecían más dolorosos que la piel, pero tanto los primeros como la segunda alcanzaban en los muslos su mayor grado de hiperalgesia (continúa la exploración de fuerza y reflejos de las piernas)...La sujeto venía padeciendo las molestias referidas desde hacía un par de años, durante los cuales se habían ido desarrollando las mismas poco a poco, siendo muy variable su intensidad". (Establece y fundamenta el diagnóstico de histeria, basándose entre otros elementos de diagnóstico diferencial con padecimientos orgánicos en que:)

"...cuando se oprimía o se pellizcaba la piel o la musculatura hiperalgésica de las piernas de Isabel de R., mostraba la paciente una singular expresión, más bien de placer que de dolor, gritaba como quien experimenta un voluptuoso consquilleo, se ruborizaba intensamente, cerraba los ojos y doblaba el torso hacia atrás, todo ello sin exagera-

ción, pero suficientemente marcado para hacerme pensar que la enfermedad de la sujeto era una histeria y que el estímulo había tocado una zona histérica. Esta expresión de la paciente no podía corresponder en modo alguno al dolor...sino más probablemente al contenido de los pensamientos que se ocultaban detrás de tales zonas de su cuerpo con ellos asociados...Los demás gestos de la sujeto constituían claramente leves signos de un ataque histérico". Freud se pregunta el por qué de la elección del sitio de la zona histerógena y lo atribuye a reumatismo muscular crónico, que serviría de apoyo a la neurosis; prescribe masajes y faradización de los músculos dolorosos y considerando que su paciente "sabía las razones de su enfermedad" decide renunciar a la hipnosis.

"...De este modo, en este mi primer análisis completo de una histeria, llegué ya a un procedimiento que más tarde hube de elevar a la categoría de método, o sea al descubrimiento y supresión, por capas sucesivas, del material psíquico patógeno... Primeramente me hice relatar lo que el enfermo conocía, teniendo cuidadosamente en cuenta los puntos en los cuales permanecía enigmática alguna conexión o parecía faltar algún miembro de la concatenación causal, y penetraba después en estratos más profundos del recuerdo...Premisa de toda esta labor era, naturalmente, mi esperanza de que había de ser posible descubrir una determinación completamente suficiente. El estrato más superficial de sus recuerdos resultó contener los siguientes: Era la menor de tres hermanas, tiernamente unidas entre sí y a sus padres y había pasado su juventud en una finca que la familia poseía en Hungría. Su madre padecía desde mucho tiempo atrás una afección a la vista y diversos estados nerviosos. Esta circunstancia hizo que Isabel de R. se enlazase más intimamente a su padre, hombre de carácter alegre y sereno, el cual solía decir que aquella hija era para él más bien un hijo y un amigo con el que podía sostener un intercambio de ideas...Bromeando la calificaba de "atrevida y discutidora", la prevenía contra su decidida seguridad en sus juicios y contra su in

clinación a decirle a todo el mundo las verdades, sin consideración alguna, y le predecía que había de serle difícil encontrar marido. En realidad, se hallaba la muchacha muy poco conforme con su sexo, abrigaba ambiciosos proyectos, quería estudiar una disciplina científica o llegar a dominar el arte musical, y se rebelaba contra la idea de tener que sacrificar en el matrimonio sus inclinaciones y su libertad de juicio. Entre tanto, vivía orgullosa de su padre y de la posición social de su familia y cuidaba celosamente de todo lo que con estas circunstancias se relacionase...El cariñoso desinterés con que se posponía a su madre o a sus hermanas cuando llegaba la ocasión, compensaba para los padres las otras facetas más duras de su carácter".

"...Una tarde trajeron (al padre) a casa desvanecido a consecuencia de un ataque. A partir de este día y durante año y medio de enfermedad, no se apartó Isabel de la cabecera del lecho paterno. ..asistiéndole con inmenso cariño y esforzándose en aparecer serena y alegre ante él...en los últimos meses de su padre ya tuvo ella que guardar cama un par de días a causa de dolores en la pierna derecha. Pero...había pasado pronto y no habían llegado a preocuparle ni siquiera a llamar su atención. En realidad fue dos años después de la muerte de su padre cuando comenzó a sentirse enferma y a no poder andar sin experimentar grandes dolores. El vacío que la muerte del padre dejó..el aislamiento social...y la agravación del enfermizo estado de la madre...entristecieron el ánimo de nuestra paciente...y la hicieron concentrar en su madre todo su cariño y todos sus cuidados. Al terminar el año de luto se casó la hermana mayor con un hombre...que se atrevió a prescindir de las consideraciones de que se rodeaba a la madre...Isabel.. se sintió llamada a combatir con su cuñado...y no podía perdonar a su hermana casada la neutralidad absoluta que se esforzaba en conservar. De este modo se había fijado en la memoria de Isabel toda una serie de escenas a las que se enlazaban repro-

ches no expresados en parte contra su cuñado. El más grave de ellos era el de haberse trasladado.... con su mujer e hijas a una lejana ciudad de Austria, contribuyendo así a aumentar la soledad de la madre. En esta ocasión vió claramente Isabel su impotencia para procurar a la madre una sustitución de su antigua felicidad familiar y la imposibilidad de realizar el plan que había formado a la muerte de su padre".

"El casamiento de la segunda hermana...reconcilió a Isabel con la institución del matrimonio....y cuando tuvo un hijo, lo hizo Isabel su favorito. La enfermedad que la madre padecía en la vista la obligó a permanecer durante varias semanas en una absoluta oscuridad, e Isabel no se separó de ella un solo momento. Por último, se hizo necesaria una delicada intervención quirúrgica, y la agitación que en la familia produjo este acontecimiento coincidió con los preparativos de marcha del primer cuñado. Realizada la operación con éxito felicísimo, las tres familias se reunieron en una estación veraniega, e Isabel, agotada por las preocupaciones de los últimos meses, hubiera debido reponerse en esta temporada de tranquilidad...Pero precisamente en este tiempo fue cuando sintió la sujeto por vez primera dolores en las piernas y dificultad para andar. Los dolores, que habían ido iniciándose debilmente, presentaron por vez primera gran intensidad después de un baño caliente...Habiendo hecho días antes una excursión fatigosa, la familia atribuyó a esta circunstancia los dolores de Isabel...A partir de este momento fue Isabel la enferma de la familia. Los médicos le aconsejaron...una cura de aguas en el balneario de Gastein...La segunda hermana se hallaba encinta y su estado no era nada satisfactorio... cuando apenas llevaban dos semanas en ese balneario, fueron reclamadas con urgencia al lado de la enferma...fue este un viaje terrible, en el que a los dolores de Isabel se mezclaron los más tristes temores..al llegar al punto de destino...la hermana había sucumbido a una enfermedad del corazón agravada por el embarazo".

"..A partir de esta época no pudo Isabel apartar de su pensamiento la triste impresión de que una vez que por raro azar reunía un matrimonio todas las condiciones necesarias para ser feliz, hubiera tenido su felicidad un tal fin. Además, veía nuevamente destruído todo lo que para su madre había ansiado. El viudo...se retrajo de la familia de su mujer... y al negarse a confiarles su hijo les dió por vez primera ocasión para acusarle de dureza. Por último -y no fue esto lo menos doloroso- tuvo Isabel oscura noticia de un disgusto entre sus cuñados...Parecía ser que el viudo había planteado exigencias de carácter económico, que el otro cuñado juzgaba inadmisibles e incluso calificaba duramente". (Freud S., 20)

Este historial, previo a la formulación de la teoría sexual, no busca como los posteriores: Juanito, "el hombre de los lobos", y "el hombre de las ratas", los traumas infantiles y los puntos de fijación de la libido, pero tiene la ventaja de una relativa brevedad y de mostrarnos un caso claro de histeria monosintomática que nos permite observar la minuciosidad de Freud en el interrogatorio y la exploración. Sus ideas cambiaron profundamente el pensamiento psiquiátrico. A partir de 1902 comenzaron a reunírsele otros médicos y en 1907 se organizó la primera sociedad psicoanalítica. Al año siguiente se fundó la primera revista psicoanalítica y desde entonces sociedades y revistas han proliferado notablemente, no sólo por formación de grupos nuevos en distintos lugares, sino por divisiones de los inicialmente existentes debidas en parte a discrepancias teóricas y en parte a controversias sobre jerarquías y procedimientos dentro de las sociedades psicoanalíticas. Eugene Bleuler, que acuñó el término esquizofrenia, fue el primero que dimitió de la Asociación Psicoanalítica Internacional en 1910, descontento acerca del modo autoritario que predominaba en la marcha de la Asociación; el hospital Burghölzli de Zurich que él dirigía era la puerta de entrada del psicoanálisis a la psiquiatría académica. "La ba-

ja de Bleuler del movimiento psicoanalítico señaló el aislamiento del psicoanálisis con respecto a -- aquélla, e influyó también en su desarrollo en el cual fue aumentando la centralización jerárquica. Es bien conocido el retardo que la institucionalización supone para todas las formas de desarrollo del pensamiento. En el caso del psicoanálisis, su progresiva institucionalización fuera de las universidades, el lugar tradicional de investigación y enseñanza que a través de los siglos ha aprendido a conservar los valores tradicionales de la --- ciencia, retardó el progreso y perpetuó el espíritu conservador del cual aún hoy en día, no se ha - emancipado totalmente" (Alexander, 2).

Estos sucesos retardaron más la influencia -- del psicoanálisis sobre la totalidad de la psiquiatría que el desarrollo del movimiento psicoanalítico en sí. En los E. E. U. U. donde los psiquiatras no se vieron envueltos en la antigua lucha entre Freud y la psiquiatría académica, pudo el psicoanálisis penetrar de manera efectiva en la enseñanza y práctica psiquiátrica. En 1909 Freud dió una serie de conferencias en la Universidad de --- Clark en Massachusetts y al año siguiente James -- Putnam fundó la Sociedad americana, avalada un año más tarde por la A. P. I. Seguidores y disidentes de la escuela freudiana han enriquecido con sus -- aportaciones la comprensión de la patología mental y de los procesos psicológicos normales y a su vez han asimilado e integrado conocimientos procedentes de otros campos del conocimiento: Kardiner los de la antropología; Erik Erikson los de la sociología; Thomas French los de la psicología de la Gestalt, teoría del aprendizaje y cibernética, que lo llevan a la comprensión de las funciones integrativas del yo en términos de comportamiento dirigido hacia un fin desde el punto de vista de la adaptación biológica, último punto este en el que tam--- bién son importantes los trabajos de H. Hartmann, J. Dollard y N. Miller lo son en la teoría del --- aprendizaje. Harry Stack Sullivan fue el primero en proponer un análisis basado en lo que él llamó

relaciones interpersonales. Karen Horney y Erich Fromm ensanchan las perspectivas de la investigación de la personalidad, incluyendo la consideración de los factores sociales a los que están expuestos los miembros de un grupo cultural. La medicina psicosomática, que considera al hombre al mismo tiempo como un aparato fisiológico complejo y como un individuo capaz de conocerse a sí mismo y de comunicarse verbalmente, aspectos ambos que requieren estudio simultáneo, tiene sus pioneros en Georg Groddeck, Ernst Simmel, Felix Deutsch y Smith Ely Jellife. Franz Alexander ha hecho también importantes contribuciones al respecto. Meddar Bos, Gustav Bally, Ludwig Binswanger, V. E., von Gebsatell e Igor Caruso, incorporan la filosofía existencial al campo del análisis (2). El impulso de la medicina psicosomática es cada día más importante, por esto consignaré aquí una historia de Fl. Dunbar:

"CASO Núm. H 32. Enfermo de 40 años de edad, griego, administrador de un restaurante. Ingresó por primera vez con disnea y edemas progresivos de varios meses de duración. Diagnóstico de ingreso: enfermedad hipertensiva cardiovascular con insuficiencia cardíaca. Dos años antes....mareos, palpitaciones y sensación de malestar general...diagnóstico presión sanguínea elevada. Había aumentado de peso en los últimos cinco años por abuso de comida y bebida. Hace un año presentó los primeros síntomas de descompensación. Por entonces también padeció de bronquitis y de flebitis. Estuvo en cama tres meses...fue llevado al hospital,...mejoró con tratamiento digitálico. Volvió a sus quehaceres normales sin tomar digital durante seis meses, al cabo de los cuales empezó a descompensarse".

"Historia familiar.-...madre...79 años...padre 82. Ninguna historia de cariopatía. Su madre era algo nerviosa, con tendencia a padecer del estómago. Un hermano muerto en guerra; dos hermanas muertas de pulmonía a los 45 y a los 52 años res--

pectivamente; una tercera, la favorita del enfermo, murió de parto poco antes de que él ingresase".

"Antecedentes personales.- Era el enfermo el más joven de siete hermanos y muy afecto a su madre, que siempre ha sido algo dominadora. Obedecía a su madre más que a su padre, aunque éste era también rígido. En general, su educación fue muy estricta y nunca se le permitió "contestar"...no recuerda haber sido abofeteado más que una vez: había cruzado una calle de mucho tráfico, pese a la prohibición de su padre y éste le dió una bofetada".

"Curso de la salud.- En los primeros años de su vida gozó de espléndida salud. Hace catorce años, "reumatismo agudo". Estuvo en cama dos meses...otra enfermedad grave: pulmonía...ha sufrido de su obesidad. Lesiones anteriores.- Ninguna".

"Adaptación general.- Vocación-educación: Cursó los estudios correspondientes a la enseñanza media antes de venir a este país. Profesión: Con el fin de eludir el servicio militar turco...vino a este país a los 18 años. Al día siguiente de desembarcar se puso a trabajar como "lavaplatos", quince horas por noche, con 29 dólares al mes y manutención...durante un año, no importándole el trabajo.. (se hizo) propietario de dos restaurantes y hasta cinco años antes de su ingreso, el negocio fue bueno. La depresión económica lo perjudicó...comenzó a preocuparse mucho por su negocio tuvo que cerrar un restaurante y después el otro. Este segundo fracaso coincidió con la cariopatía. Su adaptación social era buena. Se inclinaba a la bebida y a la vida nocturna cuando sufría una tensión emotiva. Adaptación sexual: Solía ponderar las preocupaciones domésticas. Su mujer hizo una relato completo. Mostraba una tendencia...al dominio de su mujer, pretendiendo ser el cabeza de la familia, aunque los hechos no parecen indicarlo. La esposa era griega y representaba tener bastantes años más que él...al parecer se enojaba cuando su marido se oponía a que aprendiese (inglés)..consideraba que no podría obte

ner un empleo. En contraste, hablaba de su padre, un protestante griego, que dominaba tres idiomas - además del suyo...El enfermo se hacía responsable de las precauciones anticoncepcionales, pues no se fiaba de su mujer; las relaciones sexuales entre - los dos no han sido muy satisfactorias. "Es mucho más conveniente ocuparse de todo eso fuera de casa, pagando dinero y despachándolo de una vez".

"Actitud frente a sus padres y su familia.- Declaró tener sólo un hijo..no le parece bien no - tener más...pero tampoco no poderlos cuidar como - es debido. Tipo característico de conducta.- ..ha tenido la costumbre de vigilarse y reprimir sus -- sentimientos. No ha sido persona que "hablase claro", aunque confesó que esto le aliviaba. Su hábito corporal es ancho...ofrece una mezcla curiosa - de amabilidad infantil con una personalidad un tanto hostil y agresiva. Se le indicó en el hospital que podía hacer trabajos ligeros. Rasgos neuróticos.- Los datos...infantiles fueron insuficientes;..recuerda pesadillas, en particular peleas, - que sigue teniendo en la actualidad. Aficiones e intereses.- ...duerme y come bien...hace cinco --- años..."Empecé a desordenarme yendo a reuniones sociales, durmiendo poco, comiendo demasiado y bebiendo de dos a cuatro litros al día". (En cinco años su peso ha aumentado de 180 a 225 libras). Situación vital antes de iniciarse la enfermedad.- ..El negocio en bancarrota, el duro trabajo y sus preocupaciones económicas le debilitaron física--- mente".

"Reacción frente a su enfermedad.- Aunque.... creía firmemente que su exceso de trabajo y sus -- preocupaciones han sido causa de su hipertensión, aseguraba...que si no encontraba una ocupación ligera se dedicaría de nuevo a trabajar...doce horas al día. Esto lo dijo en tono de desafío...considera que el hospital tiene la obligación de mantenerle a él y a su familia". Sigue el informe del servicio social que en resúmen encuentra que el pa--- ciente se resiste a hablar de otra cosa que no sea

"pedir". En el área del conflicto focal y reacción característica se consigna que el conflicto fundamental es con la autoridad y que frente a él en vez de luchar se dedicó a beber. Continúa la historia con la narración del curso de la enfermedad y el resúmen de la baja del enfermo, en el que al fin, se consignan los datos de exploración física y exámenes de laboratorio (tomado de Laín, 37).

La historia presentada es repetitiva y sumamente incompleta, desordenada, los epígrafes no siempre corresponden a lo que en ellos se relata y no hay exploración ni física ni mental del paciente.

Adolph Meyer (1866-1950), fundador de la corriente psicobiológica, aplicó el concepto de integración de J. H. Jackson no solamente a la organización neurológica, sino a la personalidad total. Insistió en la idea de que el sentido común debe jugar un papel importante en la concepción de la psiquiatría clínica y cuando en 1893 se trasladó de Suiza a E.E.U.U., pudo constatar la mala calidad de las historias clínicas que se elaboraban en el hospital de Illinois en el que comenzó a trabajar. Así se dedicó a la enseñanza del estudio del enfermo mental, pues valoraba ampliamente la historia biográfica de los pacientes. Su influencia en la psiquiatría de E.E.U.U. fue muy importante (2), aunque Mayer Gross, Slater y Roth (53), que tratan de establecer una psiquiatría, fundada sobre el campo de las ciencias naturales, fenomenológica, en Inglaterra, consideran improductiva la psicobiología de Meyer, por sus excesivas generalidades y teorizaciones indisciplinadas. Los citados autores abogan por un retorno de la psiquiatría al campo de la medicina y por la precisa observación no especulativa de los hechos de la enfermedad mental. Consideran que el psiquiatra debe de tener en cuenta los factores ambientales, domésticos, ocupacionales, económicos, hábitos y nutrición, sin los cuales los factores causales íntimos o específicos no encuentran "su oportunidad", pero que debe guardar el sentido de las proporciones y no desviarse demasiado hacia

la investigación de estos factores en detrimento de la biología. Como vemos, aún los más recalcitrantes organicistas consideran necesario el estudio del ser humano como totalidad.

Kurt Goldstein (n. 1878) es como Meyer, seguidor de los esfuerzos de J. H. Jackson, critica el proceder metódico e intelectual de la neurología clásica porque se deja en segundo plano a los "síntomas secundarios", a los "provocados" y se sobrevaloran los síntomas de déficit. El considera en cambio, que ningún síntoma debe ser visto como "principal", aunque sea más inmediatamente perceptible que los restantes; que el explorador no debe conformarse con la escueta consignación de la respuesta del enfermo a cada una de las pruebas funcionales, pues el "término" de la respuesta puede haberse alcanzado a través de caminos muy diversos, por lo que deben consignarse todas las respuestas del enfermo e indicarse el camino por el cual llegó al término de cada una; que cada uno de los síntomas, así los "espontáneos" como los deliberadamente "provocados" deben ser referidos al organismo enfermo y a la situación biológica en que se los observó, así dice que "Un afásico no es un hombre con el lenguaje patologicamente alterado, sino un hombre patologicamente alterado, cuya alteración se nos manifiesta en ciertas alteraciones de su lenguaje, más también en otros fenómenos muy distintos de ése. Nunca el síntoma debe ser considerado como algo aislado del enfermo". Además es necesario multiplicar en todas las direcciones imaginables las pruebas exploratorias del trastorno estudiado. No hay razón, en principio, para no investigar en un afásico su capacidad de reconocimiento visual y táctil, o su memoria de fijación e inteligencia, sólo así podrá hablarse con alguna precisión y no sólo a merced de un "rudo y primario empirismo, del trastorno fundamental propio de cada caso". (37)

Goldstein, que estudia predominantemente pacientes con síndromes cerebrales, encuentra sínto-

mas que pueden referirse directamente al trastorno fundamental, por ejemplo la incapacidad del paciente para reconocer la significación de un dibujo en la agnosia visual. "Operaciones de rodeo", actos anómalos mediante los cuales el organismo enfermo puede resolver una parte de los problemas biológicos que su vida habitual o la exploración del médico le plantean. Por ejemplo, el empleo sistemático de ciertas parafasias de los enfermos de afasia; la actividad de rodeo puede ser más o menos automática o deliberada. "Síntomas secundarios", producidos por influencia del trastorno fundamental sobre actividades distintas de aquélla a que específicamente afecta. Por ejemplo, las anómalas vivencias espaciales que engendra la agnosia visual pueden determinar la aparición de síntomas secundarios en la esfera de la sensibilidad táctil. Goldstein no parece tomar en cuenta que las operaciones de rodeo y los síntomas secundarios estan condicionados por la personalidad del paciente. Encuentra que la actitud del organismo enfermo puede ser de entrega o de rebelión ante la enfermedad y que ambas posibilidades representan una constante sucesión de un número incontable de reacciones al defecto y al medio. En cada una de estas reacciones son posibles, a su vez, dos "modos de comportamiento", por parte del organismo: el comportamiento ordenado y el desordenado o catastrófico. En el primero, las actividades del organismo son constantes, adecuadas, correspondientes a su peculiaridad específica e individual; lo que se expresa en vivencias de facilidad, comodidad, adaptación y alegría. La reacción catastrófica es inadecuada, desordenada, cambiante, contradictoria, el enfermo se siente coartado, inseguro y angustiado, hasta que logra ordenar su comportamiento. La condición ordenada o catastrófica del comportamiento depende de la complicación de la situación a que debe enfrentarse el enfermo. La reacción catastrófica es una última tentativa desesperada de resistir a la dificultad.

La propensión natural del organismo le orienta hacia el comportamiento ordenado y entre los recur-

sos "ordenadores" cita Goldstein la exclusión inconsciente de los procesos capaces de perturbar la adaptación del organismo al defecto, por ejemplo, la incapacidad de algunos enfermos para percibir su propio defecto (anosognosia). La transformación del medio, adecuada a la índole y gravedad del defecto mediante: la evitación inconsciente de todas las situaciones que pueden suscitar reacciones catastróficas; la entrega más o menos deliberada a situaciones que pueden dominar, esto es, actividades "sucedáneas"; la tendencia a mantener un orden rígido y constante de los objetos que constituyen el medio ambiente y la actitud concreta, (37 y 38).

Los modernos métodos de microquímica, microscopía electrónica y genética, han permitido ampliar el conocimiento de las enfermedades mentales. Nuevos elementos terapeúticos han hecho más fácil el control y manejo de los pacientes, desde los shocks metrazólicos de Meduna (a fines de la década de los veintes), los insulínicos introducidos por Manfred Sakel a partir de 1927 y el electroshock de Cerletti y Bini (1938), hasta los derivados de la reserpina, fenotiazina y mefenesina, etc. (a partir de 1950), pasando por la neurocirugía (la primera lobotomía frontal la practicó Moniz en 1935, ayudado por Almeida Lima). Pero la psiquiatría y la psicología se enfrentan en la actualidad a problemas de los cuales no se tenía conciencia en el pasado, problemas sociales que tratan de enfrentarse con herramientas antiguas y frente a los cuales, evidentemente, la técnica de la historia clínica y esta misma no tienen ningún sentido. Su aplicación, indicación y necesidad existen para el caso individual del enfermo mental, situación que ha servido de excusa para la no participación de psiquiatras y psicoanalistas en la toma de postura, como agrupaciones, frente a los problemas políticos y sociales; las excepciones personales son honrosas.

ESTUDIO DEL ENFERMO MENTAL EN MEXICO

En el mundo precortesiano la medicina azteca fue, sin duda, la que alcanzó una mayor difusión; como lógica consecuencia del dominio económico, sus conceptos operantes se extendieron a los pueblos de Anáhuac sujetos a tributo y a su vez, quedaron fundidas en ella las experiencias de los pueblos que habían concluído su ciclo vital; por esta razón Aguirre Beltrán (1) la toma como punto de partida para trazar el cuadro total de la medicina indígena.

Como en otros pueblos primitivos, los hombres de la medicina azteca participan de los atributos sagrados de los sacerdotes, ya que la ira incontrolable de los dioses es la causa de la enfermedad y en el diagnóstico y tratamiento de las dolencias intervienen fuerzas divinas. El ticitl es el médico agorero, especializado en el difícil arte de resolver los padecimientos que debido a su gravedad o síntomas alarmantes despiertan angustia en el paciente y la comunidad que le rodea. En el arte médico, transmitido por herencia patrilineal y perfeccionando en el Calmecac, hay especialidades, el tetonalmacani cura a los que padecen tetonalcahualiztli (pérdida del alma, hado, fortuna o ventura - tonalli).

La enfermedad se debe al castigo de los dioses cuya ira se provoca por el quebrantamiento de los tabús e interdicciones mágicas, la desobediencia a los mandatos de las divinidades, el olvido de deberes religiosos, el ayuno interrumpido por relaciones sexuales, realizadas en días prohibidos. Así, por ejemplo, Tlaloc, entre otras enfermedades derivadas del frío y la humedad, provoca el tullimiento de algún miembro o de todo el cuerpo y también el envaramiento del pescuezo; él o sus ministros los tlaloque, castigan a quienes abusan del pulque con un estado delirante, acompañado por desviación de la boca, temblor generalizado y fluxión de los ojos. La enfermedad puede tener también como causa el amor y deseos insatisfechos. Entre otros grupos indígenas de cultura menos compleja,

son seres humanos dotados de deseos hostiles los que provocan la enfermedad (hechicería). En otros casos, poco numerosos en el mundo precortesiano, la enfermedad aparece motivada por intrusión de un espíritu dentro del organismo, por la posesión del enfermo: las cihuateteo, mujeres divinas, encargadas de acompañar al dios Sol desde el cenit hasta el ocaso, almas de las primerizas muertas en trabajo de parto, equiparables por ello a los guerreros que sucumben en el campo de batalla o en el ara de los sacrificios, bajan en días aciagos a la tierra y desde las encrucijadas de los caminos se adentran en los cuerpos humanos. Son las causantes de la epilepsia, la eclampsia y en general de todos los síndromes convulsivos.

La preocupación principal del médico agorero no es definir o aislar la entidad nosológica responsable del padecimiento que contempla, sus esfuerzos se encaminan al descubrimiento de la deidad cuya ira ha provocado la dolencia o de la persona que ha hechizado al enfermo. A través de la adivinación (Tlapoalztli), mediada por ingestión de peyote, teonanacatl (hongos alucinantes) y tlapatl, receptáculos y personificación de fuerzas misteriosas y de seres divinos, el médico agorero, convertido transitoriamente en el dios mismo y en estado de omnipotencia y omnisciencia realiza el diagnóstico. El tratamiento, siempre precedido y acompañado de oraciones y rituales puede consistir en succión, soplidos, masajes o pellizcamientos para extraer los cuerpos extraños introducidos por dioses o hechiceros o en sacrificios y actos de congraciamiento con la deidad ofendida. En el caso especial de quebrantamiento de tabús sexuales se acude a la confesión y satisfacción de la ofensa inferida (1). Calderón G. (7) encontró en el Códice Badiano que los aztecas usaban cocimientos de yerbas y flores de buen olor y recomendaban caminatas por lugares sombreados, abstenerse de relaciones sexuales, de beber pulque y entretenerse en actividades divertidas tales como cantar o tocar música y tambores, a los enfermos de "sangre negra" (melancolía). A los tlaulI

locayotl y xolopiyotl, enfermos mentales agitados y tranquilos respectivamente, los trataban con jugos de flores y eméticos. Belsasso (3) encuentra que un grupo especial dentro de los ticitl, los teixcuitiani o teixtomani además de saber conocer y describir a pacientes maníacos, esquizoides, histéricos, depresivos y psicópatas, practicaban una forma de psicoterapia: neyolmelahualiztli (técnica para transformar los corazones) en los casos de delitos, faltas y culpas de orden sexual, técnica que en ocasiones y casos especiales se complementaba con la ingestión de plantas alucinógenas. A otros pacientes se les internaba en el Calmecac y se les hipnotizaba.

Una vez establecida la dominación española, entran en contacto la medicina indígena, la negra de los esclavos traídos de Africa y la europea del siglo XVI, cuyas características ya he reseñado.

La tendencia mística de la medicina española, importada a México junto con la inquisición, tuvo gran difusión especialmente entre las clases sociales bajas, mientras la medicina académica quedó limitada al servicio del grupo en el poder. De la medicina mística española, de la indígena y la negra, surgen la medicina mestiza y el curandero, substituto del antiguo ticitl. Tachado de supersticioso por el grupo dominante, el médico mestizo no prevalece al amparo de las instituciones españolas. Fray Bernardino de Sahagún y los franciscanos dirigentes del Imperial Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco, reunen los restos del protomedicato azteca y tezcocano, estos médicos suministran, por algún tiempo, valiosas enseñanzas e inapreciables informes, más tal escuela es suprimida coincidentemente con el establecimiento de la inquisición, tribunal encargado de perseguir entre otras cosas, a los que acudían a las prácticas mágicas indígenas. Carente ahora de lugar de aprendizaje, el curandero se forma por revelación, por gracia (desde el nacimiento) o por observación durante largo tiempo de las prácticas y habilidades de algún viejo hechice

ro, e influído por la doctrina cristiana, refrenda a veces los conocimientos adquiridos por pacto expreso con Satanás (1).

Para las enfermedades comunes el pueblo recurre al herbolario; la función del curandero es atender los males insólitos, los que despiertan temor, los derivados de la intrusión de cuerpos extraños de naturaleza mística, de la pérdida del alma, del castigo de los dioses, del maleficio del enemigo, su actividad mágica influye psíquicamente sobre sus pacientes. A los tradicionales métodos y remedios indígenas, se unen ahora conjuros a los santos cristianos durante los complicados rituales que preceden y acompañan la recolección de yerbas curativas y adivinatorias y el tratamiento de las enfermedades. Mientras tanto, los frailes exorcistas expulsan demonios del cuerpo de sus víctimas, y algunos médicos expresan curiosas ideas sobre la etiología de los trastornos mentales, por ejemplo, el Dr. José de Brizuela, protomédico de la Nueva España y médico de cámara del Excelentísimo Señor Virrey Duque de Albuquerque, decía que: "Los pelos del hombre quemados despiertan el paroxismo de la epilepsia y contienen los vapores histéricos de útero..." (1). La causalidad mágico religiosa del curandero colonial sostiene que los trastornos somáticos y funcionales que experimenta el cuerpo enfermo se originan en la operación de fuerzas anímicas, invisibles, e intangibles: dios o los dioses, el demonio, los santos, los antepasados, las ánimas del purgatorio y los hechiceros.

El 3 de junio de 1553 se funda la Real y Pontificia Universidad de la Nueva España, bajo los auspicios de la de Salamanca, trasplantándose así la universidad escolástica a México, pues la Universidad de Salamanca era la más retardataria y conservadora de toda España. Al principio no se consideró necesario establecer cátedras de medicina, pero para 1570 la población auténticamente mexicana de mestizos y criollos había crecido suficientemente para que la reducida importación de médicos españoles

bastara para cubrir sus necesidades y había ya muchos mexicanos que deseando seguir la carrera no podían costearse los estudios en España. Así el 7 de Enero de 1579 el Dr. Juan de la Fuente empezó a leer la cátedra de Prima de Medicina y poco después se establecieron todas las cátedras que se daban en España, basadas fundamentalmente en los textos de Galeno, Hipócrates y Avicena. Prácticamente hasta principios del siglo XVII la Universidad no tuvo participación en la vida médica del país. La fundación de hospitales, la impresión de libros y las expediciones científicas se hicieron siempre al margen de ella y por figuras de la medicina casi siempre ajenas a la enseñanza (Somolinos D'Ardais, 54). El armamentario terapéutico español se enriqueció en su contacto con la medicina indígena, especialmente a partir de la publicación por fray Francisco de Ximénez, en 1615, de una parte de la obra del Dr. Dn. Francisco Hernández, médico de cámara del rey Félipe II, quien de 1570 a 1577 encabezó la primera expedición científica dirigida a catalogar y sistematizar los conocimientos de la medicina indígena. Sin embargo, la medicina colonial permaneció retrasada con respecto a la europea hasta que en 1833 Dn. Valetín Gómez Farías cerró la antigua facultad y creó el Establecimiento de Ciencias Médicas, precursor de la actual facultad, substituyendo al antiguo escolasticismo por el pensamiento de la Ilustración (Hernández Torres, 32 y Somolinos, 54). A finales del siglo XIX se establece la primera cátedra de Psiquiatría en México, siendo encargado de impartirla el Dr. José del Peón Contreras (3).

Bernardino Alvarez Herrera, soldado español que arrepentido de su anterior vida licenciosa se dedicó al oficio de la "Santa Hospitalidad", ocupándose en servir y curar a los pobres que acudían al Hospital del Marqués, de Nuestra Señora, o de la Limpia Concepción, hoy Hospital de Jesús, es el fundador del primer hospital donde se recibieron enfermos mentales en México y América. La población del nosocomio incluía además a viejos, pobres,

niños y convalecientes de los hospitales del Marqués y de las Bubas. Decía Bernardino: "...Estas piedras vivas que son los inocentes, cuando no tienen libre albedrío, ni entendimiento, son como piedras, por tanto tienen más necesidad de quien cuide de ellos..." Por eso, comenzó a recogerlos en 1566 y obtuvo permiso del arzobispo Dn. Fray Alonso de Montúfar para fundar un hospital junto a la entonces ermita de San Hipólito el 9 de noviembre de 1566. Los enfermos mentales no agitados vivían en comunidad en el hospital y los furiosos eran encerrados en jaulas, pero recibían trato humanitario. Estableció además hospitales similares en Veracruz (Montes Claros y de San Martín, en San Juan de Ulúa), Jalapa (de la Concepción), Perote (Belén del Desierto), Puebla (San Roque) y Huaxtepec (de la Santa Cruz).

Inicialmente Bernardino Alvarez contó con la ayuda de Miguel Dueñas y su mujer Isabel Ojeda, poco a poco se le unieron otras personas y así se inició la hermandad reconocida posteriormente como orden religiosa hospitalaria que se llamó de la Sagrada Religión de la Caridad y San Hipólito Mártir. A la muerte del fundador, los hipólitos se encargaron del hospital que falto de subsidios por parte de las autoridades, fue cerrando poco a poco sus dependencias, hasta quedar solamente salas para dementes en los siglos XVII y XVIII. La falta de recursos fue tal que los pacientes eran alimentados con las sobras del convento de San Fernando. En 1774 el Virrey de Bucarelli hizo restaurar el edificio. En 1821 el virrey Juan Ruiz de Apodaca encargó al ayuntamiento la custodia del hospital por haber sido suprimidas las órdenes monacales y hospitalarias. Consumada la independencia del país, el ayuntamiento primero dedicó parte del edificio a hospital de sangre, durante la agresión yanqui de 1847 y en 1850 lo vendió a los profesores de la escuela de medicina (Fernández del Castillo, 16 y Rulfo, 50).

La creación del segundo hospital mexicano para enfermos mentales se debe también a una persona aje

na a la medicina: José Sáyago, carpintero, recogió junto con su esposa a varias mujeres dementes en su casa. En 1687 obtuvo la ayuda del filántropo arzobispo de México Dn. Francisco Aguiar y Seijas que arregló un edificio en la calle de "la Canoa", este fue el "Hospital para mujeres dementes" abierto en 1700 y encomendado a las monjas del Divino Salvador. En 1892 los pacientes de San Hipólito pasaron al hospital de San Pedro y San Pablo. Al suprimirse las órdenes religiosas los dementes quedaron abandonados y descuidados, muy pocos médicos se dedicaban a su atención y el movimiento mundial encabezado por Pinel no los alcanzó sino bien entrado el siglo presente, pues aun fundado en 1910 el Manicomio General por iniciativa de los Dres. Juan Peón del Valle y Enrique O. Aragón, la atención psiquiátrica siguió siendo muy deficiente y no hubo cambios apreciables en los cuidados médicos de los enfermos; continuaron la ignorancia y el abandono; los reducidos médicos que prestaban sus servicios, salvo honrosas excepciones eran, según Ramírez Moreno (47) "gente de escasa capacidad y nulos conocimientos" y ni las autoridades de la Beneficiencia Pública (fundada en 1877) tenían el más mínimo interés por el establecimiento, al grado que hubo presidente de dicha institución que expresaba con frecuencia; "debemos preocuparnos por los niños enfermos, por las mujeres embarazadas, por los tuberculosos, pero por los locos....a éstos no hay que hacerles nada". Entre 1929 y 1932 Ramírez Moreno introdujo al manicomio la terapia ocupacional y se preocupó por dar una buena atención a los enfermos de la "Castañeda". Por su iniciativa se creó en 1947 el Departamento de Higiene Mental y Neuropsiquiatría de la S.S.A., que dirigió intentando coordinar la atención hospitalaria del enfermo mental en toda la república, ya que a partir del siglo XVIII diversos hospitales de provincia comenzaron a recibir alienados y desde 1909 empiezan a aparecer sanatorios particulares.

A partir de 1922 comienzan los psiquiatras me

xicanos a reunirse en asociaciones y posteriormente a publicar revistas de su especialidad, generalmente unidos con neurólogos en ambas actividades y no existiendo aún una neta diferenciación entre ambas especialidades (Domínguez T., 13), ni cursos estructurados para su aprendizaje específico. Sin embargo, la agudeza de las observaciones efectuadas en aquella época, puede observarse claramente en los dos historiales clínicos que a continuación cito, provenientes ambos de los "Archivos de Neurología y Psiquiatría de México"; de las primeras revistas sobre el tema publicadas en el país. El Dr. Manuel Guevara Oropesa (31) relata la siguiente historia de un mitómano:

"Se trataba de un niño de 12 años que me fue traído por el Dr. Angel Quevedo Mendizábal. El niño N. presentaba entre otros muchos fenómenos curiosos el de la levitación, es decir que venciendo las leyes de gravedad se elevaba sobre el suelo, estando sentado sobre una silla y llegaba a levantarse como medio metro. Además la mesa en que se apoyaba, se levantaba también en forma extraordinaria.

"El niño venía acompañado por su padre. Era un buen señor de cabello blanco, de estatura baja, de constitución delgada y de aspecto bonachón, como de 72 años de edad. El relato de dicho señor fue el siguiente: como un año antes de la fecha en que se me presentaba empezaron a advertir sucesos extraños en casa, caían piedras como llovidas del cielo, siempre que el chiquillo N. estaba presente. No importaba que todas las puertas estuvieran cerradas, las piedras caían sin que nadie pudiera decir quién las arrojaba ni cómo. Cuando el niño venía de la escuela...era precedido por una pedriza contra la casa. Los cristales se rompían y las piedras volaban al interior de la habitación, después llegaba el niño y estando éste en el interior, seguían cayendo piedras. Al poco tiempo aumentaron las calamidades: al estar comiendo arrojaban los platos y tazas de la mesa y así se fueron acabando todos los trastos de la casa. Los cuadros se desprendían de las paredes y la mesa comenzó a bailar. Al

estar comiendo, dice el papá, de pronto se levanta la mesa, sin que lo pueda impedir el niño, ni él mismo, que en ocasiones se sienta sobre la mesa y a pesar de esto se levanta, nuevos fenómenos se añadieron a todo esto: arrojaban al niño objetos que había dejado distantes".

"Una vez en la escuela, perdió uno de los compañeros una pluma fuente, vinieron las quejas y los reproches; todos los niños fueron registrados, incluso nuestro héroe sin que se hallara la pluma. Cuando el chico llegó a su casa de pronto fue arrojada a sus pies la caprichosa pluma fuente. Otras veces en la calle caían centavos, siempre cuando iba con su papá o su mamá. El anciano expresa su mortificación porque está haciéndose notar de las gentes... y teme ir a cualquier sitio con su hijo porque las misteriosas travesuras comienzan apenas se instalan a esperar a alguien...Ha tenido que ir varias veces a la comisaría y ahí se presentan los fenómenos". (Por quejas de los vecinos apedreados).

"En el consultorio del Dr. Quevedo...(el niño) se sentó en una silla del consultorio y poco rato después comenzó a brincar con todo y silla... El Dr. Quevedo fue llamado por teléfono y en esos momentos oyó el estrépito de algo que se rompía... encontró al niño acostado como lo había dejado y el padre vergonzosamente le decía: Ya ve Ud. Dr., ya comenzaron...Por tercera vez hizo (el Dr.) sonar el teléfono local y esta vez retrocedió sin perder de vista al chiquillo; pero ahora no hubo ningún fenómeno sobrenatural..."

"Ya en mi consultorio...lo senté en una silla corriente y lejos de objetos vulnerables, no lo perdía de vista mientras el Dr. Quevedo y el papá me daban datos y empezaron los fenómenos: la silla se levantaba bruscamente y caía otra vez con estrépito, el niño estaba sentado con los pies apoyados en el suelo y las manos apoyadas en los bordes laterales del asiento abarcando con los dedos ese

borde. Súbitamente aparecía una contracción intensa de los músculos del tronco y parecía que se producía una extensión brusca del dorso y del tronco sobre la pelvis... Puse al niño con los brazos cruzados, entonces se produjo una extensión brusca del tronco, sin que se levantara la silla y el sujeto estuvo a punto de caer al suelo. El fenómeno consistía pues en contracciones bruscas con conservación de conciencia y que arrastraba consigo la silla por estar ésta sujeta con las manos. Estas contracciones pueden producirse voluntariamente y lo demostré ante ellos mismos..."

"El padre...no es una persona ilustrada, ni siquiera de cultura mediana. Aunque es un anciano no revela un déficit demencial senil; se muestra profundamente religioso, católico, dice no creer en los espíritus, no puede darme una explicación que él se haya forjado de lo que pasa a su hijo, solamente me dice que está desesperado, que todo se ha acabado en su casa; que es muy pobre porque todo se rompe, que ya lo veré cuando se vaya. Sin embargo noto en este relato cierta falta de emoción que sería muy justificable ante fenómenos tan extraordinarios y más bien se nota una complacencia en presentar algo asombroso ante nuestros ojos...muestra desagrado cuando le digo que no creo en nada extraordinario de lo que ocurre".

"El niño tiene aspecto desmedrado, flaquito, pálido, de baja estatura, con ojos de miope y mirada vaga, tiene una expresión de ingenuidad, es solícito, habla poco y cuando se le platica de lo que le ocurre contesta candorosamente, sin sobresalto, sin la emoción de lo extraordinario y con un tono de humildad que parece decir: tengo que llevar a cuestas mi gloria. Desde el punto de vista neurológico no se encuentra nada anormal en el niño.... Es hijo único del matrimonio; el padre dice tener 72 años...La madre nos cuenta todo lo que ocurre todas las noches..." Sigue aquí el relato de otros ruidos, rupturas de objetos, etc. El autor se trasladó a casa del paciente para observar in situ la

aparición de estos fenómenos anormales, encontrando, como en el caso de levitación de la silla, una explicación lógica de los sucesos observados. Concluye que el caso corresponde a una mitomanía en acción, secundada por las personas que rodean al sujeto, "transformándose el hecho de psicopatología individual en un fenómeno de psicopatología colectiva". Atribuye la mitomanía a compensación de sentimientos de inferioridad, mediante ella "el niño se hace notable con el relato imaginario o la simulación".

No se hace, en el caso relatado, un intento de explicación con respecto a la procedencia de los sentimientos de inferioridad inferidos en el paciente, no se menciona el tipo de relación establecida entre él y los padres, la figura de la madre resulta totalmente borrosa y la vida del enfermo, fuera de lo referente a sintomatología queda igualmente por explorar, pues el énfasis en esta historia gira fundamentalmente alrededor de la minuciosa descripción de la sintomatología actual. En el siguiente historial clínico que consignaré, publicado por el Dr. Edmundo Buentello (5) se encuentran alusiones a estas áreas:

"P M. E. viene de la Secretaría de la Asistencia Pública, de donde parece fue rechazado (establecimientos escolares) por la circunstancia de que entre sus antecedentes...existe cleptomanía".

"Se trata de un sujeto de 18 años de edad, originario de S...soltero, que llegó solamente hasta el tercer año de la escuela primaria y que sólo se ha dedicado a las labores de agricultor en compañía de su padre".

"Informa el padre que desde la edad de 10 años empezaron a notar en él que sustraía objetos diversos de su casa, casi siempre cacharros, jarros, platos, etc. La primera vez se creyó en un robo simple y motivó reprimenda a golpes, pero ello fue inútil, pues volvieron a repetirse actos

semejantes, cada mes, cada quince días. Por otra parte su conducta dejaba que desear, o no iba a la escuela o se salía de ella para ir a jugar con sus compañeros. Y según expresión del padre "siguió con sus marrullas, agarrar cosas, etc." Se aclara que nunca han sido otra cosa que jarros, vasos, nunca nada de valor".

El padre está totalmente incapacitado para dar más datos, con frecuencia se hace repetir las preguntas, olvida lo que ha dicho.., se excusa de que "nunca ha sido listo". No se logra saber nada útil sobre antecedentes, o por mejor decir, de sus declaraciones se desprende que todos los familiares han sido siempre sanos. De una de sus hijas (menor que el estudiado) dice que está "mala de la cabeza" pero se aclara que sólo padece neuralgias frecuentes. Dice de otra que está "mala de los oídos"... Un tío materno y otro paterno son alcohólicos. El menor estudiado dice:

"Los jarros que tomé fueron cosas que no servían, se los regalé a unos viejos de otra casa, dicen que es cleptomanía. En dos años no tomé nada, al principio a los 10 años era sólo manía, después dejé de hacerlo y después sería enfermedad, porque lo hago de día, no me escondo y no niego nada. Además me venía como un ansia muy fea cuando deseaba algo y no tenía con qué, la sentía en la cabeza, luego bajaba al pecho y luego al estómago (hace una seña curiosa del recorrido de esa sensación: señala la cabeza sobre el pabellón del oído derecho, lo circunda, baja al cuello, luego al hemitórax derecho y al izquierdo, finalizando en el epigastrio) sería porque hacía asuntos que no convenían, con la mano". "Cuando me venía esa ansia, sentía muy feo, venía del corazón y deseaba una cosa y la agarraba porque la agarraba. Todo viene de mis deseos de mujer, que mi padre no me deja trabajar con otro, sino con él, me paga sólo $ 3 a la semana... y yo necesito cosas que necesita el cuerpo, andar con alguna mujer, ir al cabaret, me gustan las cosas buenas, pasearme, cuando voy no puedo hacer nada y los

demás gastan lo que quieren, me da pena; me gusta vestir bien. Lo que tomo lo vendo para conseguir mugre (pan, cigarros, dulces)".

"Con el padre se aclara que sí ha trabajado a veces con otra persona además de él, que sus hurtos en efecto se suspendieron dos años, que nunca han sido cosas de mucho valor, que son además de lo dicho tornillos y cosas de fierro, que vende lo de $ 2 en un tostón, que lo puso en curación con un médico pero ignora el tratamiento hecho, que eran inyecciones y cucharadas. El menor agrega que no roba algo de más valor...porque tiene miedo de que lo maten si roba una cosa grande".

"A la escuela asistió poco tiempo, nunca presentó el tercer año, iba escasamente, el padre señala que con frecuencia faltaba, se iba a jugar o hacía creer que asistía y se iba de "pinta". Nunca le gustó la escuela. Con ese motivo se le sacó de ella y fue puesto a trabajar; primero al lado del padre, trabajo desordenado, interrumpido, sin responsabilidad. En ocasiones se iba de su casa y duraba dos o tres días fuera, durmiendo en casa de parientes, o bien andaba sin objeto, caminando sin rumbo fijo. No tenía afición por el trabajo y había que obligarle. Fue puesto a trabajar con otras personas, pero sus peculiaridades de conducta hicieron la situación insostenible (se refiere a la irregularidad y apatía) y por ello volvió con el padre. Fuera de esto es un hijo obediente, sumiso, pero ruegos, halagos, castigos o tratamiento médico han fracasado ante los datos importantes".

A continuación se consignan los datos correspondientes a las exploraciones mental y física y se concluye que el paciente sufre no de una verdadera cleptomanía, sino de la falsa cleptomanía de los esquizoides.

Aunque en este historial ya aparecen datos de las historias escolar y laboral, tampoco se hace referencia al punto de vista del paciente con res-

pecto a sus padres, hermanos, compañeros, etc., siendo llamativa además, la ausencia de datos con respecto a la vida sexual, ya que el paciente atribuye a ella su enfermedad. Es de suponerse que estos aspectos, si se exploraban, no se consideraban suficientemente importantes como para consignarse, pues el marco teórico que presidía la elaboración de la historia clínica sólo intentaba explicaciones etiológicas orgánicas, conformándose con los aspectos descriptivos del padecimiento actual, cuyo condicionamiento genético, dinámico, adaptativo, etc., se desconocía.

Santiago Ramírez (49) consigna que entre 1946 y 1950 muchos psiquiatras jóvenes emigraron al extranjero, al tomar conciencia del notorio atraso de la psiquiatría en México, de la falta de normas y requerimientos que regularizasen su ejercicio y de la incapacidad de recibir una preparación adecuada en el propio país. Muchos de los que emigraron, formaron antes de hacerlo, grupos de estudio en los que se leía a Freud y se discutían historias clínicas elaboradas según el modelo de Menninger. El retorno de estos emigrados, ya graduados como psicoanalistas se inició en 1952 y culminó con la formación de un grupo de estudios psicoanalíticos en 1955, posteriormente asociación. Mientras tanto, también se formó el grupo de psicoanalistas seguidores de la teoría de E. Fromm. A raíz de estos acontecimientos comienza a generalizarse en diversos nosocomios el uso del esquema de historia clínica de K. Menninger, introducido al H. C. Militar alrededor de 1957 por el Dr. Guillermo Montaño.

Paralelamente a estos avances teóricos, en ocasiones precediéndolos, mejora la atención hospitalaria al enfermo mental, gracias al uso de nuevos recursos terapéuticos, como los diversos tratamientos de choque (insulina, electrochoque y cardiazol) de los cuales hace Falcón (15) la primera estadística en 1943. Velazco Suárez (61) se refiere a los resultados de la neurocirugía en un artículo de 1947 y Calderón Narváez (8) señala que los psicofármacos

comenzaron a usarse en nuestro país en la década de los cincuentas. A partir de 1960 el antiguo manicomio de la Castañeda es substituído por instituciones modernas tanto en instalaciones como en métodos, habiéndose elaborado un año antes el primer censo nacional de morbilidad neuropsiquiátrica. En el efectuado por la Dirección de Salud Mental de la S.S.A. en 1964, Cabildo y Calderón N. (6) encontraron que en el Distrito Federal 1 de cada 2,000 personas requería internamiento.

La mejor preparación de un sector psiquiátrico y la creación de centros hospitalarios adecuados para la atención y observación del enfermo mental, trajeron como consecuencia lógica la sistematización de la docencia, creándose los cursos de psiquiatría de la U.N.A.M. en 1951 (Zozaya, 67), de psicoanálisis en 1956 (Ramírez, 49) y de psiquiatría del H. C. Militar en 1962. Lo dicho en el capítulo precedente es también aplicable a México, la influencia de los descubrimientos de S. Freud impregna el campo de la psiquiatría en general y así en la actualidad se reconoce la necesidad de una anamnesis extensa, que aún siguiendo distintos esquemas, explora minuciosamente no sólo el estado físico y mental de paciente, sino la historia de sus relaciones e interacciones con el medio ambiente, intentando entender y explicar a través de ellas el resultado patológico de los fallidos mecanismos adaptativos puestos en juego por el enfermo, frente a los requerimientos de su medio ambiente.

II.- LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA

"No sólo debemos atender a la enfermedad, sino también al valor individual del sujeto".

S. Freud (Sobre Psicoterapia).

A) DEFINICION

Desde Pinel hasta nuestros días, pero especialmente a partir de los geniales descubrimientos de Freud y su énfasis en el estudio sistemático de la importancia que tiene la transferencia en el desentrañamiento del significado de los síntomas y en su resolución, prácticamente no hay libro dedicado a la exploración del enfermo mental que no señale la importancia del establecimiento de una buena relación entre entrevistado y entrevistador, llámenla rapport, transferencia, o posibilidad de comunicación fluída. Wolberg (64) llega incluso a afirmar que el mal manejo de la primera entrevista tiene repercusiones más serias que los errores que se cometen en el curso del tratamiento y que la actitud inicial del paciente frente a aquél, depende en parte de esta primera experiencia. De la forma de aproximarse al paciente depende el que algunos entrevistadores obtengan datos valiosos, mientras a otros se les ocultan no sólo aspectos significativos de la vida del paciente, sino incluso algunos síntomas vividos como vergonzosos. Es por medio de la entrevista que obtenemos los datos del presente y del pasado del paciente, pero también que observamos directamente sus manifestaciones normales y patológicas y siendo de tan gran importancia, constituyendo nuestra primera y fundamental herramienta exploratoria, las definiciones explícitas de ella son llamativamente escasas. La mayoría de los autores parece dar por sentado que todo mundo sabe qué es una entrevista, abordan directamente a los participantes en ella y se concentran rápidamente en la técnica necesaria para lle-

varla a cabo.

Así Vallejo Nágera (60) considera que la entrevista debe ir siempre dirigida a establecer un buen "rapport" (relación cordial, afectuosa, de confianza, de aprecio y respeto mutuo que debe unir siempre al médico con su enfermo). Esta es una caracterización teleológica y limitada de la entrevista.

Sullivan (56) propone la siguiente definición: "La entrevista psiquiátrica es, principalmente, 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 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". Esta amplia definición tiene la evidente ventaja de señalar el carácter de "comunicación" que constituye el verdadero espíritu de la entrevista psiquiátrica de orientación dinámica, que la distingue de interrogatorios exhaustivos indiferentes a la necesidad de establecer una buena relación con el paciente, para que sean verdaderamente significativos los datos que nos refiera. Los síntomas psiquiátricos son el resultado de conflictos inconscientes, por tanto, el paciente tenderá a evadir temas que lo acerquen a la emergencia de material reprimido, pero incluso conscientemente intenta a veces ocultar aquellos aspectos de su vida que teme puedan dañar la imagen que desea presentar al entrevistador. Esto sucederá mientras no se consolide, a lo largo de repetidas entrevistas, una relación que asegure al paciente del respeto y consideración del entrevistador hacia él.

Sullivan insiste en el carácter oral o vocal y no simplemente verbal de la entrevista porque de la entonación, ritmo de la conversación, dificultades de enunciación, etc., se obtienen datos valio-

sos en la identificación de áreas conflictivas en la vida del paciente. Sabemos que un "sí" o un "no" pueden significar realmente lo contrario, pero de su enunciación podemos deducir, en ocasiones, si corresponde o no a su significado verbal. Un tono triunfal al comentar los percances de un amigo o familiar, contradice francamente la verbalización de conmiseración hacia él expresada por el paciente, etc.

El grupo está físicamente constituído por dos personas: entrevistador y entrevistado, ya que es "prácticamente imposible explorar la mayor parte de las zonas significativas de la personalidad mientras se halla presente una tercera persona; pero el número de personas imaginarias que quedan envueltas en este grupo de dos es, a menudo sorprendente". Con esto se refiere nuestro autor, no sólo a la relación que nos hará el paciente sobre sus familiares, amigos y personas significativas en su vida, sino también a que responderá frecuentemente a la persona del entrevistador como lo haría frente a alguno de estos personajes y que a su vez, el entrevistador puede vivir al paciente como a uno de sus objetos infantiles o actuales.

En cuanto a la "integración voluntaria" se encuentran pacientes seriamente interesados en la entrevista, mientras otros sólo lo hacen bajo presiones familiares o legales. Sullivan considera que la actitud inicial del paciente no debe tomarse muy en cuenta, ya que muchas personas inicialmente resistentes a la entrevista, resultan notablemente comunicativas cuando descubren que el entrevistador es sensato en sus preguntas y no se limita a distribuir elogios, culpas y demás, sin discriminación. Sin embargo, yo considero que el manejo de pacientes inicialmente resistentes, plantea problemas técnicos que abordaré posteriormente.

Las relaciones entre el "profesional y el cliente" requieren que el psiquiatra "posea la capacidad de comprender el campo de las relaciones

interpersonales; se espera que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con su entrevistado y no tratará de buscar satisfacciones personales o prestigio a costa de sus pacientes". Tiene razón Sullivan al insistir sobre este punto. El paciente viene a recibir algo de nosotros, no a darnos satisfacciones personales y resiente profundamente ser usado para fines que le son ajenos. Recuerdo que una de mis pacientes, relacionada con el mercado de valores, abandonó un tratamiento anterior porque su terapeuta se interesaba exageradamente en las fluctuaciones bursátiles y preguntaba demasiado sobre este tema, que la paciente consideraba intranscendente en cuanto a su conflictiva; tenía razón, pues independientemente de lo adecuado o inadecuado de su reacción, el terapeuta le pidió consejo sobre qué tipo de inversiones debía hacer.

La entrevista psiquiátrica está destinada principalmente a "descubrir" las dificultades del vivir que los pacientes no entienden claramente, es decir, todo aquello que por razones culturales, razones de su educación particular para la vida, vendebuloso, los confunde cronicamente o confunde a los demás. Tales dificultades se destacan más claramente y con mayor significado, cuando se aclara qué clase personas son, qué hacen y por qué. Las pautas de las dificultades de los pacientes surgen de sus experiencias pasadas e interpenetran variadamente todos los aspectos de sus relaciones interpersonales comunes. Sin la posesión de datos que reflejan muchos aspectos importantes de la personalidad del paciente, resultan ininteligibles sus declaraciones". La mínima esperanza que tiene quien se somete a una entrevista es la de conseguir alguna mejoría o comprensión de sus dificultades, pero generalmente esperan una resolución inmediata a sus problemas. Si contrastamos esta actitud con la del entrevistador inexperto y preocupado fundamentalmente por recoger datos para llenar un expediente, tenemos los prerrequisitos para que la entrevista marche al fracaso. No podemos curar al paciente ni prestarle gran ayuda la mayoría de las veces en una primera entrevista, pero sí podemos, con frecuencia,

transmitirle la sensación de que deseamos ayudarlo a entenderse, a ponerse de acuerdo consigo mismo.

Considero que la definición de Sullivan, a la que se refieren la mayoría de los psiquiatras con orientación dinámica, aunque es explícita y amplia, excluye de la comunicación con el paciente los aspectos preverbales, captados visualmente de su conducta; el autor indica que, colocando a sus pacientes en ángulo de 90° con respecto a él le es difícil observar los pequeños movimientos del rostro. Hace esto porque le parece que a los psicóticos -- muy perturbados les molesta ser mirados de frente. Fromm Reichmann (29), Sechehaye (51) y otros terapeutas de psicóticos nunca han explicitado la necesidad de evitar ver de frente a los pacientes. Berman (4) siguiendo a otros muchos autores, recomienda por el contrario, tener en cuenta todos los aspectos preverbales que puedan observarse en el paciente; desde su manera de entrar al cuarto de la entrevista. Wolberg recomienda efectuar la entrevista directamente cara a cara. Yo no he encontrado dificultades en mi práctica profesional al hacerlo así y por el contrario, creo que la observación del paciente brinda valiosísima información semiológica y nos permite inferir la presencia de procesos afectivos frecuentemente no comunicados verbalmente por el paciente. Incluso puede permitir evitar agresiones por parte de pacientes muy perturbados. En una ocasión tuve que entrevistar a un enfermo que había mostrado ya en la sala de espera una conducta muy inapropiada (se lavó las manos en el agua de limón que acostumbraba tomar el personal de la clínica). Mientras lo interrogaba me pidió un vaso con agua. Comenzó a beberlo sin quitarme la vista de encima y al preguntarle de dónde venía, me lo arrojó encima. El brillo de sus ojos un momento antes de tirarme el vaso, evitó que me golpeara y mojara. Supe después que en su lugar de procedencia había tenido graves problemas, su vida había estado en peligro y había comenzado a tener alucinaciones de tipo persecutorio. Evidentemente no hubiera sido posible discernir --

por su tono de voz que iba a atacarme, pues a mi pregunta siguió como respuesta la acción y no la palabra. Por tanto considero que la caracterización de la entrevista como un proceso de comunicación vocal es incompleta.

Para MacKinnon y Michels (40) la entrevista psiquiátrica no es "un encuentro arbitrario o al azar entre doctor y paciente, se desarrolla a partir de las ciencias básicas de la psicopatología y psicodinamia. Es un intento sistemático para la comprensión de la relación entre psicopatología y conflicto emocional en un individuo dado". Por tanto, al psiquiatra le interesan los síntomas, su fecha de iniciación y los factores significativos de la vida del paciente que puedan explicarlos, la totalidad de la vida del enfermo y no sólo el diagnóstico y la indicación terapéutica del padecimiento actual. El contenido de la entrevista incluye tanto los hechos verbales como los preverbales del paciente, así como las intervenciones específicas del entrevistador las cuales deben provocar su reflexión "¿por qué dijo esto el paciente en este momento?", "¿por qué formulé de tal manera esta pregunta?", "¿por qué me provoca enojo o ansiedad lo que dice el enfermo?". Consideran que el proceso de la entrevista se refiere al desarrollo de la relación entre médico y paciente. Este proceso incluye la manera en la que el entrevistado se relaciona con el entrevistador (distancia, seducción, arrogancia, evasión, etc.), modo que puede ser fijo o cambiante en la entrevista. La organización del material obtenido en las entrevistas, constituye lo que se conoce como examen psiquiátrico y se divide, habitualmente en dos partes: la anamnesis y el estado mental. Los autores han complementado, como vemos, la definición de Sullivan con los aspectos preverbales de la comunicación.

Nahoum (45) en su "Entrevista psicológica", resume las definiciones de Bingham y Moore y de Simonds. Según los primeros "La entrevista es una conversación seria, que se propone un fin determina

do, distinto del simple placer de la conversación" y le reconocen tres funciones: recoger datos, informar y motivar. Consideran además que: "la naturaleza de la entrevista varía evidentemente con el propósito perseguido o uso al cual se la destina" y aunque generalmente predomina en la entrevista alguno de las funciones mencionadas, las otras dos no quedan excluidas; por ejemplo, si el fin principal (que es nuestro caso), es recoger hechos, a menudo el entrevistador debe influir en el sujeto para llevarlo a cooperar en el descubrimiento de los mismos. Dividen las entrevistas en: de investigación, terapéutica o de consejo y de diagnóstico; en esta última el propósito es recoger la biografía del sujeto y determinar, a través de lo que dice, sus opiniones, actitudes y características personales. La ventaja de esta definición es la de incluir también dentro de la situación de entrevista, la modalidad de la investigación, pero resulta en ocasiones artificial la división entre entrevista diagnóstica y terapéutica, pues en múltiples ocasiones ambas son simultáneas. Además, aunque esboza la relación entre el entrevistado y el entrevistador, al hablar de "influencia", no enfatiza suficientemente este aspecto, le importa más la función que las personas implicadas en llevarla a cabo, lo que puede ser muy beneficioso para quien está al servicio de alguna empresa, pero no para quien pretende dedicarse al estudio y tratamiento de enfermos mentales, en cuyo caso lo fundamental es la persona.

La definición de Symonds es la siguiente: "La entrevista es un método para reunir datos durante una consulta privada o una reunión; una persona, que se dirige al entrevistador, cuenta su historia, da su versión de los hechos o responde a las preguntas relacionadas con el problema estudiado o con la encuesta emprendida...Este método puede comportar la aplicación de las técnicas de observación y del rating (estimación) y tiene aspectos comunes con la técnica del cuestionario". Para observar bien es preciso gozar de buena salud (buena

vista, buena audición, ningún trastorno nervioso, o digestivo, etc.) y poseer cierta vivacidad de espíritu que permita efectuar comparaciones, distingos y advertir los cambios de situación que pueden producirse. Es necesario consignar de manera precisa e inmediatamente; es conveniente caracterizar la situación evitando interpretarla inmediatamente; hay que tener los conocimientos necesarios para comprender lo que ocurre, elegir y definir lo que debe ser observado, etc. La relación posible entre la entrevista y las escalas de estimación (rating) es que puede ser factible que se le pida hacer al entrevistador durante las entrevistas o después de ellas, dentro de una escala de valoración, una especie de balance de las informaciones recogidas y las apreciaciones consignadas. Este procedimiento tiene ventajas e inconvenientes. El entrevistador trabaja en un marco preciso, lo que evita pérdidas de tiempo y disgresiones. Pero ese marco restringe su iniciativa y puede vedarle el descubrimiento de fenómenos inesperados. La posición extrema de limitar la entrevista a una especie de cuestionario oral, reduce sus posibilidades; pero considera el autor que no por ello resulta menos cierto que las reglas de la técnica del cuestionario intervienen en el desarrollo de la entrevista. La definición reseñada enfoca, igual que la anterior, más los aspectos técnicos que los humanos de la entrevista. No se habla ni siquiera de una relación; como ya se ha consignado al discutir la definición de Sullivan, es difícil que un paciente cuente en presencia de otras personas, aspectos significativos de su vida, situación que cambia radicalmente, cuando se trata simplemente de encuestas sobre opiniones tan trascendentes como cuál es la mejor marca de detergente o qué cosméticos se prefiere y por qué. Resulta pues desventajoso tratar de englobar en una definición todas las posibilidades de una entrevista, pues algunos de los fines de la clínica, excluyen y contradicen otros de la encaminada a investigación de mercados, por ejemplo.

Nahoum (45) llama "entrevista clínica" a una -

técnica de entrevista que, según los autores y los ambientes, se ha llamado también entrevista no estructurada, entrevista profunda, entrevista libre, no directiva, etc. Considera que la principal característica común es la ausencia de "standardización" formal y la preocupación de estructurar psicológicamente la entrevista de tal modo que el sujeto llegue a expresar libre y completamente sus opiniones y actitudes con respecto al objeto de la encuesta, así como los hechos y móviles que constituyen su contexto.

En esta definición, que sí toma en consideración al paciente, el defecto principal radica en que lo definido entra en la definición: "entrevista clínica es una técnica de entrevista". Pero además, el caracterizarla por su ausencia de "standardización", se presta a considerarla como un procedimiento carente de normas. Si bien es cierto que el clima de la entrevista debe tender a que el sujeto se exprese libremente, gracias a una actitud acrítica del entrevistador, no es menos cierto que éste interviene activamente para interrumpir la comunicación de material repetitivo o intrascendente y para favorecer la "libertad" de comunicación del entrevistado. Por otra parte, el objeto de la "encuesta" en la entrevista clínica es siempre el mismo: la aclaración de las pautas características de la vida, su génesis y resultados. Considero que es una generalización excesiva al llamar clínica a la entrevista que tiene por objeto evaluar, en función de un empresario, la capacidad de una persona para un puesto dado.

En el Diccionario enciclopédico "UTEHA" (12), al definir entrevista se hacen notar tanto los aspectos visuales como los verbales de la palabra y la participación de cuando menos dos interlocutores. Nosotros podríamos decir que: la entrevista psiquiátrica es un caso particular de relación interpersonal, en el cual gracias a la intervención técnica del entrevistador, se logra el paso gradual de una comunicación poco explícita y signifi-

cativa a otra donde entrevistado y entrevistador hablan realmente en el mismo lenguaje y pueden así entender las actitudes habituales con que el paciente enfrenta las tareas de la vida cotidiana y la forma en que estas actitudes, condicionadas por experiencias pasadas, se relacionan con los síntomas (fracaso adaptativo) y éxitos en la adaptación del paciente.

Considero que la entrevista clínica es un caso particular de relación interpersonal porque es una relación profesional, bipersonal. Sobre ambas cualidades Sullivan es suficientemente explícito, aunque considero que la palabra "experto" que usa, resulta descorazonadora a quien se inicia en la práctica clínica. Indudablemente que la experiencia permite un mejor manejo técnico de la entrevista, pero vemos igualmente viejos terapeutas que encastillados en su "experiencia", tienen más interés en demostrarle a los pacientes su irrebatible autoridad que en intentar oirlos y entenderlos. Además, la experiencia sola, salvo en honrosas excepciones, no suple a la adquisición formal de una técnica adecuada. Lectura y supervisión de entrevistas realizadas y adquisición de conocimientos sobre psicopatología y psicodinamia, son requisitos indispensables para quien intente efectuar adecuadas entrevistas clínicas; es por tanto necesaria una formación profesional. La situación bipersonal tiene a veces excepciones: durante las primeras entrevistas con niños es frecuente el caso de que el paciente no quiera separarse de su madre para ser entrevistado a solas. No por eso vamos a renunciar a hablar con él. También algunos psicóticos se niegan a desprenderse de sus acompañantes mientras no estan seguros de la identidad e intenciones del entrevistador. Si se tiene la idea rígida de que la entrevista debe forzosa y necesariamente ser una situación bipersonal, el entrevistador puede sentirse muy incómodo por estar "fallando" ante este requisito y hacer esfuerzos para que el paciente se quede a solas con él, con lo que sólo conseguirá empeorar los temores del enfermo y su resistencia frente al interrogato-

rio.

La intervención técnica del entrevistador tiene aspectos explícitos: invitaciones a que el paciente se siente, hable, aclare puntos obscuros en su relato, sugestión de temas específicos de exploración, observaciones sobre afectos surgidos en el curso de la entrevista, cambio de tema si el paciente se muestra demasiado angustiado o intentos de minimizar material angustiante o vergonzoso si esto es necesario. Otros aspectos son implícitos, en realidad callar algo es tan técnico como decir otras cosas, mas callar no es dejar de observar. Podemos hacer muchas inferencias del arreglo, manera de caminar, de saludar, sentarse, expresión, actitud, tono de voz, acento y demás componentes verbales y vocales del paciente que nos sirven como guías directrices en nuestro interrogatorio, pero puede ser muy impertinente explicitarlas, en primer lugar porque todo acto, expresión o síntoma tiene más de una explicación y significado posibles y no podemos estar ciertos de que nuestra primera impresión sea la correcta, pero esto no justifica el no observar lo que se presenta a nuestros ojos y oídos; usamos menos el tacto y olfato, aunque podamos a veces apreciar la mano húmeda que nos saluda o el mal olor de pacientes severamente desconectados de la realidad. Aprovechamos pues, tanto los aspectos verbales como los preverbales en nuestro contacto con el paciente para hacernos preguntas sobre él, para orientar nuestra investigación y nos interrogamos con respecto a las vivencias que nos despierta.

Recordemos que estamos colocados en una situación bipersonal, en una relación, por tanto no podemos esperar que el contacto con el paciente no despierte reacciones en el entrevistador. En el mejor de los casos el enfermo despierta simpatía y deseo de comprensión y de ser posible de ayuda, pero no son infrecuentes otras reacciones. En un capítulo posterior las desglosaré, pero creo importante dejar ahora por sentado que, aún ciertas

reacciones más o menos patológicas del entrevistador ante el paciente, si son correctamente manejadas, pueden ser de utilidad, ya para el diagnóstico, ya para la comprensión del enfermo. Es bien conocido que frecuentemente el esquizofrénico provoca en el entrevistador una sensación de incomprensión, de falta de empatía, un paciente cuyos trastornos de pensamiento no son suficientemente obvios a primera vista, puede dejar al final de la entrevista la impresión de no haberlo "captado", "entendido", "no lo pude fijar en el interrogatorio", es la queja frecuente de los principiantes, que califican de "evasivos" a pacientes que comienzan a tratar un tema y terminan hablando de algo muy distinto, por desorganización del pensamiento. Esta es una reacción lógica y normal en el entrevistador. La siguiente no es normal pero a su poseedora le era muy útil para formarse una impresión diagnóstica. Una estudiante de psiquiatría presentaba invariablemente cefalea al entrevistarse con pacientes esquizofrénicos.

Decir que las sensaciones que nos provoca el paciente deben ser correctamente manejadas implica en primer lugar, permitir que sean conscientes y no lleven a actuaciones impulsivas sin mayor elaboración. El entrevistador puede sentir enojo porque un paciente se ha sentado en su asiento, interpretando el acto como un intento de invertir la situación de entrevistado a entrevistador y comunicárselo sin dilación al paciente. Esto es a lo que llamo una actitud inelaborada, impulsiva, porque puede tratarse, bien de una persona suficientemente desconectada de la realidad como para no importarle los signos que evidencian el lugar que se le destina, bien de un paciente sobreprotegido por una madre que siempre le reservó el mejor lugar, la mejor comida, etc. Las reacciones que despiertan los pacientes en el entrevistador pueden, como en este último caso, ser producto de su problemática y no de la del paciente. La observación honesta de la propia "contratransferencia" y la reflexión sobre ella, llevan a la posibilidad de discriminación en-

tre ambas. El entrevistador debería, antes de enfrentarse con los pacientes, conocer su propia problemática y los puntos de vista y tipos de personas que le resultan conflictivos, a fin de evitar atribuir al paciente cosas que no le pertenecen.

Siendo tan importante la relación que se establece entre los dos participantes de la entrevista, me ha parecido útil considerar por separado al entrevistador y al paciente en las modalidades que fundamentalmente interfieren con el establecimiento de una buena comunicación en el caso del paciente y en estas y en las que la favorecen por parte del entrevistador. El paciente es el objeto y sujeto de la entrevista, pero dado que la intervención del entrevistador puede permitir que aún en pacientes resistentes inicialmente se llegue a la postre a una buena comunicación, comenzaré por el entrevistador.

B) ACTITUDES DEL ENTREVISTADOR QUE FAVORECEN O INTERFIEREN EL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA.

Weiner (63) consigna que no se ha insistido suficientemente, con respecto a la investigación clínica en psiquiatría, en las marcadas diferencias que existen entre los observadores en cuanto a la obtención de datos relativos a la conducta y que estas diferencias originan discrepancias incluso en la formulación de diagnósticos. Así se ve que en un mismo paciente, un observador que procede con tacto y afan de comprensión, descubre muchos síntomas, mientras que otro, procediendo en distinta forma, tal vez conseguirá muy pocas respuestas, por consiguiente, los resultados de observación de una serie de pacientes variarán, en parte, según el modo de proceder del examinador. De aquí que sea importante señalar cuáles actitudes por parte del entrevistador, favorecen una buena comunicación y cuáles provocan bloqueos e incluso ocultamiento de material significativo.

Santiago Ramírez (48) en un artículo sobre el médico mexicano, hace algunas consideraciones que me parecen aplicables al entrevistador clínico en general. El citado autor encuentra que el paciente demanda en forma sistemática del médico con su conducta, con su dependencia, con sus necesidades infantiles de seguridad, apoyo y protección, bien con rabia, con sumisión, halagando o injuriando, una constante confrontación de poderes mágicos y omnímodos. El médico, dependiendo de su caracterología, va a responder a esta demanda con sus propias pautas, las cuales derivan a su vez de la manera y forma en que le fue dado y recibió en la infancia. Procederá dándoles a sus pacientes ya con la técnica con la cual recibió, ya con la forma en que se le dió. Puede también intentar reparar, identificándose con el sufriente, un trauma o una manera de ser del ambiente, padres, familia, etc.

"Lo que el médico o cualquier ser humano repa-

ra en su conducta puede ser múltiple: en ocasiones es culpa, a veces es efectuar lo que de niño no se pudo llevar a cabo. Hay médicos que por su propia estructura caracterológica derivada de pautas infantiles, encuentran la seguridad en un trato severo. Otros dan la dulzura y ternura que su historia les fuerza a dar. Quiéralo o no y utilizando cualesquier procedimiento, el médico entabla contacto con su paciente siguiendo su manera de ser. Con esta manera de ser será con la que hará psicoterapia. Los médicos severos tendrán como pacientes aquellos enfermos que necesitan severidad y los tiernos aquellos que requieren ternura".

"En toda dádiva el que da se identifica con el que recibe, pero por otra parte espera de él todo el agradecimiento con el fin de experimentar que con su dádiva ha reparado a un objeto dañado. El médico actúa en forma parecida y puede sentirse o compulsado a curar o frustrado por los fracasos de su medicación (en el caso de una entrevista compulsión y frustración sobrevienen frente a la dificultad en el logro de una relación de trabajo satisfactoria o ante problemas para obtener datos útiles). En algunos médicos su inseguridad básica, derivada de su propia historia, así como de las vicisitudes de su ejercicio y entrenamiento, puede motivar que todo fracaso o falta de respuesta traiga aparejado fuertes sentimientos de culpa, de insuficiencia, etc. Pero que en síntesis podemos referir a la reacción ante la incapacidad de reparación. Cada médico manejará de acuerdo con su propia manera de ser estos sentimientos de culpa" (48).

Es innegable que el entrevistador responde a la persona que debe examinar siguiendo sus pautas caracterológicas y que las respuestas de su paciente pueden frustrar su necesidad de reparación, frustración que a su vez puede dar lugar a actitudes adecuadas o inadecuadas para el establecimiento de una buena relación de trabajo. Esta es la razón por la que numerosos autores consideran im-

prescindible que el psicoterapeuta se psicoanalice o sujete a un largo proceso psicoterapéutico. No puede sugerirse que todo aquél que comience un aprendizaje clínico se sujete a tratamiento, en primer lugar porque iniciación no es igual a permanencia y en segundo porque quiérase o no llegar a ser psicoterapeuta (y el estudio de pacientes es frecuentemente el primer paso en esta senda), el costo de los tratamientos los hace inaccesibles a muchísimos estudiantes. Lo que sí es necesario es que el entrevistador sea honesto frente a sí mismo y se pregunte cuáles son los motivos que lo llevan a desear entrevistar pacientes mentales: ¿trata de negar su propia patología observando personas más desadaptadas que él?, en este caso puede frustrarse y enojarse cuando los pacientes se muestren poco dispuestos a aceptar que estan enfermos y por tanto, a comunicar ampliamente su sintomatología. Un pésimo motivo para dedicarse a la clínica es la necesidad de satisfacer tendencias escoptofílicas, de someter a otros, de manipularlos, de obtener compañía o amistades, etc.

Es verdad que una historia clínica versa sobre aspectos muy íntimos de la vida del paciente y que es necesario enfrentarlos sin mojigatería, pero el entrevistador debe considerarse sospechoso de estar satisfaciendo una necesidad personal y no de investigación, si indiscriminadamente, en todos los pacientes, sea cual fuere su sintomatología, intenta una exploración minuciosísima y exhaustiva de la vida sexual, por ejemplo, o de hábitos excrementicios y si además experimenta una cierta complacencia durante el relato de estos temas o incluso excitación sexual. Los pacientes pueden percibir esta inmoderada insistencia sobre determinados temas y reaccionar, bien intentando satisfacer la curiosidad del entrevistador, para complacerlo o para tratar de evadir otras áreas de su vida que en realidad pueden resultarle más vergonzosas, más lesivas a su autoestima, como el fracaso en lograr sentirse aceptados. También pueden sentir que el entrevistador trata de "pescarlos en falta" con sus preguntas y presentar un cuadro falso de hipersexualidad o --

por el contrario volverse resistentes a ése y cualquier otro tema de discusión. La investigación minuciosa de la vida sexual es necesaria cuando se trata de perturbaciones de esta función, así como la de los hábitos excrementicios cuando estan alterados o nos encontramos frente a un paciente obsesivo, que puede presentar, aunque los considere irrelevantes, rituales en relación con la defecación.

Las necesidades de manipular, someter, obtener compañía o amistad por parte del examinador perturban la entrevista por despertar reacciones en el paciente que tienden, bien a falsear, bien a oponerse al interrogatorio, según su propia caracterología. Los pacientes que por su historia tengan tendencia a colocarse al amparo de figuras poderosas que los protejan, pueden sentirse muy agradecidos e importantes si el entrevistador les pide que lo acompañen a hacer determinada diligencia o a tomar un café fuera de la entrevista, los seductores habran logrado su propósito de convertir al entrevistador en un posible objeto sexual y no en un profesional que trata de desentrañar las pautas repetitivas de conducta, pero en ambos casos, el beneficio real del paciente se ha perdido. Otros enfermos viven los intentos de manipulación como la repetición de lo peor que les ha sucedido, al estar en manos de padres que no tuvieron en cuenta sus necesidades y les impusieron labores ajenas; pelearan o se negaran a cooperar con el entrevistador y de nuevo se habrá desvirtuado el objetivo fundamental de la entrevista.

El entrevistador puede estar motivado para la elección de su labor por la necesidad de reparar fantásticamente en los pacientes a un familiar enfermo o a sí mismo. A diferencia del que niega, este examinador puede intentar entender su propia patología a través de la comprensión intelectual de los problemas de los demás. El esfuerzo le resultará frustrante en la mayoría de los casos, ya que en situaciones de patología severa, ni la lectura de tratados de psicodinamia y psicopatología,

ni la explicación intelectual de la patología de los pacientes, substituye a la experiencia correctiva de la interrelación con un terapeuta. Si honestamente se reconoce la existencia de conflictos, el entrevistador debe sujetarse a alguna forma de psicoterapia y revisar su elección vocacional en el curso de la misma. No es infrecuente que médicos y psicólogos lleguen a tratamiento con la justificación de "querer mejorar su comprensión de los pacientes, de mejorar su actividad profesional" y al terminarlo hayan cambiado su meta a ramas distintas de la clínica, al descubrir que, una vez resuelta su conflictiva, el trato con enfermos había dejado de interesarles. Nunca he visto que un fracturado se cure por leer libros de ortopedia ni por visitar y platicar con otros fracturados. No veo por qué tiene que ser distinto en el campo de las enfermedades mentales. La frustracción al no lograr la resolución de los problemas al estudiar y tratar pacientes, lleva a veces a actitudes nihilistas con respecto a la enfermedad mental, que repercuten en sentir tediosos los interrogatorios y a que el paciente, percibiendo el fastidio del entrevistador, se sienta rechazado y quiera igualmente terminar lo más rápido posible con tan enojosa situación.

Lo más frecuente es que quien comienza a entrevistar pacientes tenga la muy válida fantasía de llegar algún día a intentar tratarlos, bien sea a base de medicamentos o de diversas técnicas psicoterapéuticas. Por tanto no es raro encontrar necesidades máginas y omnipotentes en los entrevistadores. Estas pueden manifestarse tanto en una actitud dogmática, en la que no se permite al paciente discrepar de las aseveraciones del entrevistador, ni respetar su tiempo para comunicar el material que le provoca afectos displacenteros, como es la necesidad de abrumarlo con muestras de conocimientos y capacidad: citas bibliográficas, formulación de diagnósticos e "interpretaciones", uso de lenguaje técnico, etc. Los pacientes efectivamente pueden quedar muy impresionados por actitudes como las mencionadas, colocarse blandamente entre las manos del

"genio" que tienen enfrente y esperar que les adivine síntomas y forma de vida, dando por tanto respuestas muy escuetas a las numerosas preguntas que tendrá entonces que hacer el entrevistador; éste se enojará porque el paciente "no coopera", tal vez intentará autoritariamente hacerlo hablar y sólo conseguirá asustarlo o enojarlo, si en su estructura no está el someterse.

Una de las primeras consideraciones que debe tener siempre inmente quien pretenda dedicarse al estudio y tratamiento de enfermos mentales, es la de encontrarse frente a personas que han sufrido a lo largo de su vida reiteradas experiencias de rechazo, agresión, humillación, incomprensión y falta de respeto, cuyo resultado final es el cuadro clínico que presentan, pero que ya anteriormente han llevado a la adopción de diversas técnicas protectoras, frente a la posibilidad de nuevas lesiones a su autoestima en los contactos interpersonales, entre los cuales el entrevistador es solamente uno más. La conducta defensiva puede manifestarse en forma de reto, amenaza, desprecio, negativismo, sumisión, complacencia, seducción, etc. Estas actitudes pueden despertar respuestas emocionales en el entrevistador, cuyo manejo inadecuado puede hacer fracasar el establecimiento de una comunicación verdaderamente significativa. En otras ocasiones la actitud del entrevistador es la que provoca desde el principio dificultades en la entrevista.

Un entrevistador joven y deseoso de demostrarme sus habilidades clínicas (primer error, pues su objetivo debía haber sido tratar de establecer comunicación con el paciente, comprensible desde luego, si tomamos en cuenta que se trata de un alumno cuyo fin remoto es pasar el curso), comenzó su interrogatorio tuteando a un paciente bastante mayor que él y sin presentarse. El entrevistado respondió siempre con monosílabos y hablándole de "Ud.". Parecía un caso resistente al interrogatorio, pero la intervención de otro entrevistador de

mostró que el paciente se había sentido tratado como "un caso" y no como persona que merece consideración y respeto.

Socialmente provoca ya una cierta incomodidad el iniciar una conversación con alguien de cuya identidad no estamos seguros, pero para algunos pacientes ésto no es sólo incómodo sino francamente angustiante, pues en ocasiones dudan de su propia identidad y necesitan que "el otro" y el ambiente los definan al definirse. El paranoide proyecta más fácilmente en situaciones indefinidas y puede incluir al entrevistador en su delirio si no sabe con quién está hablando. El paciente con sentimientos intensos de devaluación verá en la falta de presentación o en el tuteo la confirmación de su temor a ser despreciado. Es obvio que a niños y adolescentes resulta artificial hablarles de usted, pero en nuestro país, el tuteo entre adultos, a menos que sea recíproco, en vez de señal de cercanía es devaluatorio; el entrevistador que sistemáticamente tutea a sus pacientes sin esperar reciprocidad, se coloca en la misma situación que el patrón con sus obreros, de falta de respeto y discriminación y por supuesto despertará sometimiento o resentimiento en su entrevistado. Como sabemos el sometimiento se manifiesta en tratar de complacer, aportando información que se supone impresionará favorablemente y ocultando o negando la que puede provocar el castigo o la crítica. El resentimiento puede llevar bien a actitudes hostiles en las que a su vez el paciente trate de devaluar al entrevistador, haciéndole preguntas sobre su formación, experiencia, edad, etc, es decir transformándose de entrevistado en entrevistador, o bien puede expresar que no cree que el examinador o la entrevista le sirvan para nada, decir que está cansado o tiene algo importante que hacer e interrumpir la entrevista, o contestar con monosílabos e incluso adoptar, en un intento compensatorio, una actitud de falsa soltura y tutear y bromear con el entrevistador, pero retadora y no cercanamente.

Diversas ansiedades pueden llevar al entrevistador a la necesidad de establecer muy rápidamente una relación cercana con el paciente. El tuteo -- puede ser en ocasiones, un caso particular de esta situación, otro es la actitud extremadamente amable y pseudo-amistosa. Fromm Reichmann cita reiteradamente el caso de un paciente al que ofreció su amistad siendo rechazada: "cómo quiere ser mi amiga si no la conozco". El paciente era un esquizofrénico que con la característica falta de convencionalismos sociales y de represión de este padecimiento, expresó textualmente lo que sintió. No es el caso habitual. Los pacientes pueden no expresar su inconformidad con aseveraciones de este tipo, pero sentir una intensa desconfianza frente a aproximaciones súbitas. El paranoide puede interpretarlas como advertencia de que se desea tomarlo por sorpresa para perjudicarlo, hacerlo confesar - cosas que debe mantener en secreto, etc.; los fóbicos pueden verlo como intento de seducción; otros pacientes pueden sentirse bloqueados para comunicar aspectos que consideran desagradables de su -- personalidad, frente a quien tan espontanea y bondadosamente les ofrece su amistad, etc. En todos los casos se ponen en movimiento las defensas del paciente y en vez de facilitarse se dificulta la - entrevista.

También con la finalidad de establecer una rápida comunicación puede intentar el entrevistador, ocultarle al paciente el motivo real de la entrevista. Nahoum (45) justifica en algunos casos este proceder, específicamente cuando se trata de -- encuestas de opinión. En la clínica no encuentro válida tal conducta, por el contrario, considero - cualidad imprescindible para quien intente dedicarse al trato con enfermos mentales la veracidad. Es frecuente que los estudiantes de clínica encuentren molesto interrogar a los pacientes "sin darles nada a cambio", pero la deshonestidad es menos que - nada. En mis clases acostumbro seleccionar a un - paciente para ser entrevistado, pidiéndole su cooperación para que los estudiantes aprendan a explo

rar enfermos. He encontrado pocos que se nieguen y respeto su negativa, pero la mayor parte acepta de buena gana mi petición, se sienten participantes en una labor útil y a veces incluso logran sentirse en el curso de una entrevista bien llevada, interesantes y comprendidos. En una ocasión, después de mi explicación, que no es hecha frente a los alumnos, el estudiante encargado de realizar la entrevista, después de presentarse le dijo al paciente: "Vengo a ayudarlo".

Paciente.- "Yo creía que ud. era un estudiante", (dirigiéndome una mirada de complicidad).

Entrevistador.- "Pero tengo la preparación suficiente" (esta es evidentemente una actitud defensiva y no técnica; el paciente lo ha puesto en su lugar y se resiente).

P.- "Yo tengo mi Dr. que me trata, ¿en qué va a ayudarme Ud.?

E.- "A resolver sus problemas!!!"

A esto el paciente respondió con una serie de peticiones concretas que evidentemente el entrevistador no podía resolver: permiso para salir de la sala en que estaba internado, pago de sueldos retenidos por trámites burocráticos, etc. Ningún terapeuta honesto y con mínima experiencia se atreve a afirmaciones tan riesgosas como las hechas en este caso. Es imposible saber en cuanto se ve a un paciente si se le puede ayudar o no y omnipotente pensar que siempre podemos hacerlo. Es necesario aceptar que el paciente puede estar prestándonos un servicio al permitir que simplemente se le entreviste para aprender de él, el deseo de retribuírle lo que hace puede, si se maneja constructivamente, llevar a tratarlo con verdadera simpatía y respeto, no a pagarle con mentiras. Todos los clínicos tenemos una deuda de gratitud con los pacientes que se prestaron más o menos voluntariamente a nuestro aprendizaje y la forma de reconocerla verdaderamente es,

una vez graduados, continuar con la atención y servicios a los pacientes carentes de recursos económicos. Puede aplicarse aquí lo bellamente dicho por Enrique González Martínez:

-Nunca supe quién soy, y no sé nada
del principio y del fin de mi jornada.
Yo sólo sé que en la llanura incierta
de mi peregrinar llegué a tu puerta;
que mi cansancio pide tu hospedaje,
y que a la aurora seguiré mi viaje.
Destino, patria, nombre....
¿No te basta saber que soy un hombre?.

Cuando el entrevistador se siente inseguro de la función que debe desempeñar puede optar, entre otras actitudes, por ponerse a merced de su entrevistado o bien adoptar una "pose profesional". En el primer caso puede caerse en silencios molestos para ambos participantes; en consulta de notas, verdaderos acordeones donde el examinador consigna una serie de preguntas sobre temas que debe investigar y que refuerzan la espera pasiva del entrevistado, cuyos silencios se vuelven cada vez más largos mientras aguarda a que su examinador encuentre la siguiente pregunta que ha de formular. Con pacientes de buena capacidad verbal, la entrevista puede volverse un relato más o menos coherente de cosas insignificantes para el entendimiento de la vida y patología del enfermo. No debe interrumpirse a un paciente que está aportando material relevante, pero a otros es necesario enseñarles qué es importante y qué no lo es. El obsesivo tiende a perderse en detalles circunstanciales, para evitar, como sabemos, la comunicación de material cargado afectivamente; este comportamiento impide, a menos que se esté de acuerdo en realizar una labor interminable, llegar al conocimiento del manejo de los afectos en tal paciente, como vemos en el siguiente fragmento de entrevista:

E.- (Después de presentarse y pedir el nombre del paciente). "¿Qué molestias lo trajeron al hos-

pital?".

P.- "Desde hace tres meses he tenido muchos problemas en el trabajo, me he sentido abatido, deprimido, mi esposa es muy comprensiva y ha tratado de ayudarme, pero no puedo dejar de pensar que mi situación es triste e injusta. Sabe Ud., soy (profesión) y trabajo para (institución en la que presta sus servicios) desde hace 22 años. Comencé trabajando bajo las órdenes de X, era un Sr. de unos 50 años, blanco, del Bajío, vivía en X, me cobró gran estimación porque yo siempre he sido puntual, cumplido, responsable y honesto. Llegó a depositar en mí toda su confianza..." (El paciente hace un relato ordenado y pormenorizado de su historia laboral, señala numerosos casos en los que ha sido injustamente tratado, según su valoración. Ha dado numerosos detalles intrascendentes como forma de vestirse de las personas con las que ha tratado, rasgos fisiognómicos, etc. La entrevistadora sólo ha intervenido con movimientos de cabeza intentando demostrar que oye y entiende lo que se le dice. Al fin, a pesar de contar ya con innumerables ejemplos de las "injusticias" de que se queja el paciente, decide pedir más detalles sobre la última relatada):

E.- "Cuénteme más sobre esta última dificultad".

P.- "Fue en el mes de Febrero, llegó la esposa de un empleado comisionado fuera de la ciudad, con el objeto de reclamar que no se le hubieran entregado los sueldos de su esposo. Llegó con una canasta y rebozo, yo estaba en el escritorio revisando unos papeles cuando la ví entrar. Me levanté, le ofrecí asiento, me puse el saco, porque me lo quito en la oficina para no ensuciar las mangas, porque hay que cuidar la ropa, ya que no se dispone de demasiado dinero para cambiar guardarropa con frecuencia. Pues bien, la Sra. me dijo que esta era la segunda vez que venía a la oficina y que yo no le había hecho caso, por lo que quería hablar con mi jefe. Le dije que yo no era responsable de que de X no hubie

ra girado la orden de pago, pero que no tenía inconveniente en que hablara con mi jefe, pero que tenía que esperarlo porque había salido a la Secretaría de X. Dijo que no se movería de la oficina sin hablar con el jefe. Se instaló, dejó la canasta en el suelo, le di un periódico para que leyera, para esto lo fui a buscar al escritorio de B., mi compañero de trabajo, más bien mi ayudante..."

Hasta este momento han pasado cincuenta minutos de entrevista y aún no sabemos las características de la depresión del paciente. En un interrogatorio subsecuente, otra entrevistadora interviene activamente para cortar el material irrelevante:

E.- "Tantas injusticias y falta de aprecio por su buena labor lo deprimieron, ¿se sentía ud. muy, muy triste o como ahorita?".

P.- "Hasta vergüenza me da decirle (se le llenan los ojos de lágrimas y enronquece la voz).. Es una cobardía, no me explico como pude llegar a esos extremos, qué ejemplo para mis hijos...Llegué a intentar suicidarme".

E.- "Debe haberse sentido terriblemente mal. ¿En qué forma intentó suicidarse?".

P.- "Con una pistola. Me encontraba yo abatido, desalentado, pensé que mi situación no tenía remedio, porque con el solo sueldo de la institución no cubro mis gastos y tengo un despacho privado. El cambio me hubiera arruinado. Sentí que le fallaba a mi familia y en un momento de cobardía tomé la decisión. Esperé a quedarme solo en la casa. Mi esposa tenía que ir al mercado, esperé que saliera, me dirigí al armario..."

E.- (Interrumpiéndolo con tono de voz y actitud amables). "Regresó su esposa antes de lo previsto o tuvo Ud. tiempo para reconsiderar su decisión por sí mismo?".

P.- "Ella regresó porque olvidó algo, me notó raro y me desplomé llorando en sus brazos.."

Muchos principiantes, como la primera entrevistadora de este ejemplo, confunden la libertad que debe tener el paciente para expresarse con falta de técnica. Hay pacientes a los cuales es necesario ayudar a hablar y otros a los que se precisa refrenar después que, habiéndoles dejado tribuna libre, han demostrado la necesidad de comunicar detalles irrelevantes en cuanto a la verdadera comprensión de su problemática. Si las interrupciones no se hacen con brusquedad, si en ellas no existe evidencia de fastidio o enojo por parte del entrevistador y si, tomando en consideración el material previamente aportado por el paciente, intentan centrar la discusión en temas importantes no sólo para el entrevistador, sino para el mismo enfermo, éste acepta sin resentimiento la interrupción y continúa cooperando con datos valiosos a la entrevista, como fue el caso con la segunda entrevistadora del ejemplo.

El entrevistador inseguro, puede intentar adoptar una "pose profesional" como medida compensatoria de su ansiedad, sea esta permanente o provocada por falta de conocimientos y/o experiencia. En estas circunstancias está más preocupado por lo que tiene que hacer y representar que por comunicarse con su paciente. Hay el pomposo que engola la voz, intentando parecer cálido; compone la cara en una máscara sonriente, porque el entrevistador "debería ser amable"; adopta una rígida posición en su asiento para denotar seriedad dentro de la situación y se dirige al paciente con ademanes propios de gran actriz en función de gala. Si el entrevistado está suficientemente inmerso en su patología o es lo bastante educado como para no reirse de toda esta parafernalia, que llega a extenderse hasta la manera de arreglar el consultorio (retratos colocados muy visiblemente de psiquiatras o psicoanalistas famosos, distribución que a veces pretende ser estética de títulos, diplomas y pergaminos de agradecimiento,

etc.), el entrevistador estará gastando mucha -- atención y energía en mantener su pose artificial, con el consiguiente detrimento de su capacidad de observación. Si él tiene que vigilar sus gestos, descuidará los del paciente; si debe vigilar su -- lenguaje, olvidará contemplar las características formales del de su interlocutor, etc. La entre--- vista se convierte en intercambio de palabras y deja de ser relación, situación humana, comunicación. Pacientes menos inmersos en sí mismos, perciben la situación, expresen o no su incomodidad. En el -- curso de tratamientos prolongados con pacientes -- que recorrieron anteriormente varios consultorios de terapeutas, puede llegarse a reconocer en oca-- siones, que "no se sintieron a gusto con el Dr. -- X", porque a pesar de su trato amable y agradables maneras, "no se sintieron en confianza". No hubo crítica, ni se le sintió amenazante ni incapaz, -- simplemente "no hicieron contacto".

Una variedad de "pose profesional" es la adopción de la actitud pseudopsicoanalítica de frial-- dad objetiva y distancia, frecuente en los principiantes que han leído uno que otro artículo, sobre técnica psicoanalítica, o que tienen la idea del - "psicoanalista espejo", ser instalado en un lejano Olimpo, perfecto y por tanto insensible a dolores propios y ajenos, científico que diseca neurosis - como ranas el biólogo. A diferencia del pomposo y afectado, el frío no provoca risa, sino sensación de falta de interés y rechazo. La necesidad de -- identificarse con el psicoanalista, especialidad - altamente valorada por algunos sectores psicoterapéuticos, lleva también frecuentemente a otro - error técnico: la necesidad de interpretar precozmente. Frialdad e interpretación precoz coadyuvan para dar gran número de deserciones en consultorios particulares y resistencias a entrevistas y tratamientos en cualquier caso. Una paciente consultó por problemas en el manejo de su hija mayor, a un psicoterapeuta que en la primera entrevista le dijo: "Su problema es que odia a su hija". La paciente se angustió severamente, lloró sintiéndose

acusada y llamada "madre desnaturalizada". El terapeuta la contempló impasible y ella no volvió a verlo. Tenía razón, la enferma odiaba a su hija, pero porque también la amaba, buscaba resolver los problemas con ella. Tan reconocía que el conflicto estaba en sí que buscaba tratamiento para ella y no para su hija. No es adoptando "poses" como llegamos a ser. La máscara no es el yo, en vez de revelarnos nos oculta de los demás y de nosotros mismos.

Pero tampoco es técnicamente adecuado expresar todo aquéllo de lo que nos percatamos o sentimos. Espontaneidad en el sentimiento no es igual a comunicación inelaborada. Las manifestaciones de temor, irritación, disgusto, desinterés, crítica o ironía por parte del entrevistador pueden dañar irreparablemente el establecimiento de una buena relación. Frente a los sentimientos que despierta en nosotros el paciente, es necesario preguntarse por qué tenemos miedo, enojo, etc. ¿Ha expresado el enfermo una conducta realmente intimidatoria o agresiva y retadora?, ¿ha hecho una alusión personal que incide sobre nuestra conflictiva?, ¿plantea problemas cuya solución tampoco hemos alcanzado en lo personal?. Se trata de aprovechar la percepción de lo que despierta en nosotros la actitud o comunicación que se nos presenta, para determinar qué responsabilidad tienen en ella entrevistado y entrevistador. Abordaré la técnica para manejar las reacciones provocadas por conductas reales intimidatorias o retadoras del paciente en el siguiente apartado de esta tesis. Las emociones injustificadas en el entrevistador deben ser objeto de una seria revisión por parte del mismo y de observación en cuanto a modificación de actitudes frente a los pacientes que las suscitan. En el caso de que puedan controlarse y no perturbar la relación con los pacientes no será necesaria más que una cuidadosa auto-vigilancia y control cuando aparezcan temas perturbadores. Si la situación es la opuesta será necesario recurrir a alguna forma de psicoterapia encaminada a la resolución del problema.

Es más grave, en tanto que desconocida, la situación del entrevistador que trata de negar o mantener inconscientes sus conflictos. El problema inconsciente se expresa a los ojos de los otros, pero no a los del examinador en gestos, actitudes e intervenciones. La ceguera perturba el interrogatorio porque no permite percatarse de en qué momento el paciente, inicialmente cooperador se vuelve resistente; cuál fue el cambio de tono de voz, de expresión, que irritaron al enfermo, ¿se sintió culpado, devaluado, rechazado?. El examinador se encuentra perplejo frente al cambio, pero para reforzar su represión o negación, proyectará sus conflictos en el entrevistado. "no quiere hablar de sexo porque es penoso hacerlo frente a la gente", "tiene problemas con su agresión, por eso se puso tenso cuando le pregunté si trata tan bien a su mujer que hasta la golpea", etc. El siguiente ejemplo es ilustrativo de lo que trato de explicar:

E.- "¿Cuándo se casó su mamá por segunda vez?" (El paciente había hecho un buen relato de su sintomatología y en este momento se intentaba aclarar algunos aspectos de su historia).

P.- "No se casó, se juntó con mi padrastro cuando yo tenía once años, por eso nos fuimos a vivir a X. Mi padrastro fue muy bueno, como un padre para nosotros, por él tengo el oficio que tengo. El vivía en X y nos llegó a todos para allá, ya entonces mi mamá dejó de trabajar".

E.- "¿Era él un hombre casado o soltero?"

P.- "No sé, supongo que soltero, porque vivía con nosotros".

E.- "¿Y dormían ellos dos juntos en el mismo cuarto?"

P.- "SI".

E.- "¿A qué edad se casó ud.?"

P.- "A los veinte".

E.- "¿Cuánto tardaron en tener hijos?".

P.- "Un año".

E.- "¿Cómo se lleva sexualmente con su mujer?".

P.- "Bien".

Como puede apreciarse claramente, la comunicación del paciente, inicialmente tan buena que ante preguntas concretas trataba de aportar datos sobre sí mismo, se fue volviendo cada vez más parca hasta ser casi monosilábica. La intervención de otro entrevistador restauró la buena comunicación, gracias a una actitud sexual desprejuiciada:

E.- "Así que estuvo Ud. cuatro años de novio con su actual esposa".

P.- "Sí".

E.- "¿Tuvieron relaciones sexuales antes de casarse?".

P.- "No".

E.- "¿Y por qué no?".

P.- "Bueno...sabe..sí. Su mamá de ella no me quería a mí porque decía que mejor debía casarse con otro que ya le tenía dispuesto, más guapo y más rico que yo. Entonces me la llevé y a los quince días nos casamos, mi suegra se enojó mucho, pero ya después se contentó. Yo con el que tenía pena era con mi cuñado, porque él me presentó a mi esposa y yo no lo respeté llevándomela, lo fui a ver para decirle que ya nos habíamos casado y lo tomó bien. Somos amigos".

La primera entrevistadora, al discutir su interrogatorio sólo dijo inicialmente que "no sabía por

qué había preguntado si madre y padrastro dormían juntos y si éste era soltero". Posteriormente reconoció tener problemas para aceptar relaciones sexuales extramaritales, aunque hasta ese momento había considerado que tal actitud, procedente de su educación, en nada interfería con su actividad profesional. Resulta claro aquí que prejuicios, sistema de valores y conflictos inconscientes llevan a la formulación de preguntas o adopción de actitudes que amenazan la autoestima del paciente o lo hacen sentirse criticable y rechazable, poniendo en acción medidas protectoras, que en este caso consistieron en un restringirse a respuestas concretas frente a las preguntas de la examinadora, perturbándose así la buena relación previamente establecida, que con un nuevo examinador vuelve a manifestarse. Es posible que de no haberse presentado la situación descrita frente a un grupo, la entrevistadora se hubiera sentido perpleja frente al cambio de actitud del paciente e intentara explicárselo, como es frecuente en estos casos, mediante racionalizaciones y proyecciones que, atribuyendo al paciente la responsabilidad en la variación del tipo de comunicación, preservan el mantenimiento del conflicto del entrevistador en los dominios de lo inconsciente.

Para lograr una buena entrevista, es necesario poseer preparación previa, que Kolby (35) resume dentro de dos categorías fundamentales; amplios conocimientos sobre las formas de pensamiento y acción consideradas anormales en una cultura dada y sólidos estudios de psicopatología y psicodinamia. Es poco frecuente encontrar explicitada la necesidad que tiene el entrevistador de tomar en cuenta la cultura de la que proviene el paciente, para valorar si las manifestaciones presentes son normales o patológicas, omisión que puede llevar a errores diagnósticos. Por ejemplo, no puede calificarse de delirante a un paciente que, proviniendo de alguna comunidad indígena con poco contacto exterior a su núcleo cultural, en el que predomina el pensamiento mágico, nos diga que ha sido embrujado

y por ello presenta dolores abdominales u otros síntomas somáticos, que explica difícilmente por mal manejo del castellano. La carencia de conocimientos sobre psicopatología, lleva al descuido de la investigación de síntomas que permiten un diagnóstico diferencial entre diversas entidades nosológicas susceptibles de confusión y la ignorancia de los factores psicodinámicos operantes en la enfermedad mental evita que se atienda o busque el interjuego de factores constitucionales, históricos y ambientales que han desembocado en el desequilibrio presente, como lo hizo notar Freud desde 1904 (24).

Todos los autores que escriben sobre entrevista psiquiátrica y psicoterapia, dan diversas recomendaciones al practicante, sobre la actitud que debe adoptar un buen entrevistador y futuro terapeuta. Wolff (65) resume las características deseables, prescritas por el Comité de la Asociación Americana de Psicología para la preparación de psicoterapeutas, entre las que se encuentran "habilidad y juicio intelectual superiores, sentido del humor, originalidad y variedad de recursos". Las listas de este tipo llevan frecuentemente al principiante a la adopción de poses que como he señalado, perturban el desarrollo de la entrevista, por esto prefiero adherirme al punto de vista de Wolberg (64) quien considera como primera regla para entrevistadores y terapeutas, la de ser uno mismo. Resulta totalmente artificial e innecesario, pedir que se tenga sentido del humor, no lo es exigir que se posea la capacidad de respetar a todo ser humano y de interesarse genuinamente por sus sufrimientos. Para Stevenson (55) este interés es un deseo de comprender a la persona que tenemos enfrente y para ello es necesario despojarse de todo fervor diagnóstico y metas de investigación ajenas al paciente. Esto es nuevamente respetar al enfermo, ya que implica hacerlo nuestro objeto principal, relegando a un lugar secundario cualquier otro objetivo. Interesarse es adentrarse, ser capaz de sentir con, de "empatizar", con otro ser humano, pero sin perder objetividad. Si frente a pacientes diversos y conflictos

diferentes el entrevistador se siente siempre -- igualmente distante de sus enfermos, debería pre-- guntarse si fuera de su actividad le acontece lo - mismo. De ser así puede tratarse de un problema - caracterológico o de una situación patológica más grave que requiera de tratamiento psicoterapéutico. Cuando el congelamiento afectivo se presenta sólo frente a los pacientes, es evidente que nos - encontramos frente a una situación defensiva suscitada por angustia, cuyo origen debe investigarse, en términos de lo que representan la entrevista y el entrevistado para el que se enfrenta a ellos.

Desde que en 1895 en "Psicoterapia de la histeria" (21) Freud consignó que no debía tratarse - a aquellos pacientes que resultaran desagradables para el terapeuta, su recomendación se ha reiterado interminablemente, pero una entrevista puede no ser necesariamente, la iniciación de un tratamiento. En realidad en muchas instituciones, el encargado de hacer una historia clínica no es la persona que tomará en tratamiento al paciente. De aquí que resulte intrascendente pedir al entrevistador una actitud de aceptación para todo paciente que - deba examinar. Esto no significa autorización para expresar juicios ofensivos, devaluatorios o de crítica frente a opiniones o acciones del enfermo que choquen con los valores del examinador. Ante esta situación se requiere una mayor vigilancia sobre la manera de formular preguntas y aclaraciones al enfermo, sobre los gestos que puedan dejar traslucir rechazo o desprecio y sobre cambios en el tono de voz que pueden expresar irritación. Ayuda - a controlar esta serie de reacciones desagradables, la consideración de que en la mayoría de los casos la actitud y expresión ofensivas de los pacientes son producto de su patología, no se disfruta de -- ellas, como el cirujano no goza al abrir un absceso maloliente, pero si nos hemos decidido a tratar con enfermos mentales, debemos estar preparados para enfrentar situaciones que ponen a prueba nues-- tra capacidad de autocontrol. El entrevistador deberá además tener en consideración que si siente -

poca simpatía o rechazo franco por un paciente, no podrá transmitir lo contrario y que esto puede provocar la ocultación consciente o inconsciente de datos que el enfermo estime podrían provocar una peor impresión al examinador, o llevar por el contrario a la exhibición de actitudes aún más desagradables, como expresión de reto. Estas consideraciones llevan a una valoración más justa de los datos obtenidos en la entrevista.

El entrevistador debe tener la capacidad de adaptar su tiempo de comunicación y lenguaje a los del paciente, no es posible abordar de la misma manera a un deprimido que a una histérica o esquizofrénica. A un doctor en letras puede resultarle chocante que se le pregunte hasta qué edad "se hizo pipí en la cama" y un albañil puede no entender qué quiere decir "control de esfínteres". En general debe excluirse el uso de palabras técnicas, a menos que las use el paciente y estemos seguros de que entiende lo mismo que nosotros cuando emplea el término.

Es frecuente que quienes se inician en el campo de la clínica, aduzcan como excusa a investigaciones sintomatológicas o históricas incompletas y deficientes, no haber preguntado tal o cuál cosa, porque suponen, por ejemplo, que la "angustia debe haber aparecido cuando la paciente se divorció o dejó el hogar paterno". Las hipótesis constituyen inapreciables herramientas de trabajo, pero no pueden substituir ni a la observación minuciosa, ni a la confrontación con la realidad. Es imprescindible que el entrevistador posea una buena formación teórica que le permita valorar los datos obtenidos, pero es lesivo para la comprensión del paciente, abordarlo con hipótesis preconcebidas, que no se ponen a prueba para ser ratificadas o rectificadas. Un mismo síntoma puede tener muy diversos significados y orígenes, elegir uno de ellos arbitrariamente, impide que se conozca realmente la problemática del enfermo. Hay que disponerse a escuchar absolutamente todo lo que el paciente comunica, la forma

en que lo hace, la sucesión de temas, los episo--- dios que parecen confusos, las omisiones, lapsus, modulaciones en el tono y ritmo de la comunicación y la aparición de cambios somáticos, reveladores - de afectos, que aparecen durante la comunicación. En ocasiones, como en el siguiente ejemplo, se --- unen la adhesión rígida a una teoría y la actitud omnisciente frente al paciente, ambas provocadas probablemente como sobrecompensación a sentimien-- tos básicos de inseguridad y tal vez devaluación:

El entrevistador había reiterado numerosas veces sobre temas que el paciente había expresado -- con amplitud, tratando de encontrar datos que confirmaran su hipótesis relativa a la existencia de homosexualidad latente, como generadora de la sintomatología presente.

P.- "Todo me ha preguntado menos una cosa".

E.- "Ah!, ¿SI?, pues ayúdeme!" (Con sorna)

P.- "Yo creo que hubo una coincidencia en mi enfermedad, fue que vine a México de vacaciones y tuve temor de encontrarme a mi ex-esposa y volver a tener dificultades con su familia".

E.- "Y qué hay de coincidencia en eso".

P.- (Obviamente irritado): "Si ud. dice que - nada, pues nada. Entonces dígame ud. por qué me - enfermé".

A partir de este momento, la actitud cooperadora del paciente se tornó retadora y trató de invertir su situación de entrevistado a la de interrogador. Es una regla técnica la de no interrumpir la comunicación del paciente mientras aporta - datos útiles y no polemizar sobre los intentos de explicación que aportan, por irracionales que parezcan cuando se trata, por ejemplo, de cuadros -- francamente delirantes. El paciente cooperador - intenta ayudar en su comprensión comunicando lo --

que cree relevante y si bien es cierto que puede estar equivocado en las conexiones que hace, el entrevistador posee acceso a numerosos datos que le revelarán el verdadero estado de cosas, sin necesidad de entrar en argumentaciones que perturban la comunicación. Es necesario recordar siempre que la elaboración de una historia clínica no es aún un tratamiento y que aún en éste, hay momentos para rectificar distorsiones y otros en los que tal actitud resulta contraindicada.

Por último, considero que un buen entrevistador debe recibir siempre con naturalidad todo material presente a su exploración, intentarla en actitud tranquila y directa, pero oportuna. Los perversos sexuales, algunos psicóticos y orgánicos, nos enfrentan a veces desde el inicio de la entrevista con aspectos instintivos, sexuales y agresivos poco disfrazados, que en tanto ya presentes, tenemos que investigar desde el principio. En pacientes cuya represión funciona mejor, tendremos que interrogar directamente estas tendencias. Si el entrevistador considera la sexualidad como una función más, susceptible de diversos grados de buen o mal funcionamiento, formula sus preguntas en forma tan natural como lo hace el médico que investiga el estado del sistema circulatorio. El paciente puede responder tan naturalmente como frente a cualquier otro tema o mostrar en distintas formas la presencia de afectos displacenteros que ponen sobre la pista de conflictos subyacentes al manejo de la sexualidad o agresión. Pero si el entrevistador duda, evade, emplea circunloquios en su interrogatorio, no podrá evitar que su enfermo los perciba e interprete como signos de que se habla de algo prohibido, malo o peligroso, lo que, en la mayoría de los casos hará que el material aportado sea escaso y poco significativo.

He reiterado numerosas veces que en el interrogatorio conducente a la elaboración de una historia clínica, nos encontramos frente a un proceso distinto del terapéutico en sí. Pero esto no excluye la

necesidad de emplear, en numerosos casos, ciertos procedimientos técnicos, que en sentido amplio podrían considerarse medidas psicoterapéuticas, como brindar apoyo, evitar un crecimiento exagerado e innecesario de angustia, disminuir ciertas reacciones agresivas que interfieren con el buen desarrollo de la entrevista, etc. Además de recolectador de datos, de observador de actitudes y de valorador de ambos, el entrevistador tiene que desempeñar la función de favorecedor de la comunicación. En algunos casos su actividad se reduce simplemente a hacer entender a su paciente, con movimientos de cabeza, miradas, gestos y monosílabos, que entiende y escucha lo que se le dice. En otros casos es imprescindible una intervención más activa para favorecer la comunicación. Este es el objetivo del siguiente apartado de la tesis.

C) MANEJO TECNICO DE LAS ACTITUDES DEL PACIENTE QUE INTERFIEREN CON EL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA.

Aún en la situación ideal del paciente que acude espontáneamente a entrevista, como un primer paso en la búsqueda de alivio a sus conflictos, cuyo origen psíquico sospecha, nos encontramos frente a personas más o menos angustiadas, que en el curso de su vida han sido atacadas, frustradas y rechazadas y que luchan entre la necesidad y el deseo de ser comprendidas y ayudadas y el temor a experimentar una nueva situación de crítica y rechazo. Citando a Numberg, Ramírez (48) señala que cuando el ser humano sufre, ya sea física o mentalmente, experimenta un sentimiento de soledad, se ve presa de la angustia y busca protección, consuelo y ayuda en otras personas, colocándose en una situación regresiva, repetición del estado de dependencia infantil con las figuras parentales. Se adoptan así actitudes irracionales hacia el mundo, que ya no se ve con los ojos del pensar lógico. El paciente, en función de su regresión, transfiere al entrevistador las cualidades y temores que tuvo para con sus primitivas relaciones parentales. La demanda de protección y apoyo puede adquirir características de dependencia, sumisión, halago, injuria o rabia, según hayan sido las técnicas infantiles y adultas que resultaron eficaces para obtener lo deseado. Los aspectos físicos del entrevistador, su edad, sexo, nacionalidad, pueden favorecer que se les identifique con figuras significativas en el pasado o el presente y que se reaccione por tanto en forma totalmente irracional. Si durante la entrevista no se logra rectificar, a pesar de la actitud acrítica y tolerante del entrevistador, esta actitud, nos encontramos frente a un signo de valor diagnóstico digno de tomarse en cuenta, ya que implica una seria desconexión de la realidad, sugestiva de psicosis.

Hace algunos años, me tocó entrevistar a un pa

ciente el que, después de presentarme por mi nombre e invitar a sentarse, llamándolo por el suyo, se quedó de pie, mirándome fijamente como si intentara descubrir algo en mí y con un odio evidente:

E.- "¿Prefiere quedarse de pie Sgto. X?".

P.- "Ud. es el diablo".

E.- "No Sgto., soy como ya le dije, la Dra. D. ¿No le avisó la enfermera que venía Ud. a entrevistarse conmigo?".

P.- (Sentándose). "Ella también es el diablo".

E.- "¿Quiénes más son diablos?". (Nótese que empleé el son y no somos, intentando de nuevo excluírme de la confusión, sin entrar en forcejeo verbal con el paciente, pero sin aceptar como cierta su idea delirante).

P.- "Todos son diablos que quieren llevarme a la perdición".

E.- "¿En qué forma?".

El paciente describió alucinaciones visuales y tactiles de contenido sexual, atribuídas a tentaciones demoníacas. Cuando al terminar la entrevista le dí una nueva cita, intenté saber si a lo largo de nuestra plática había podido rectificar mi identidad, preguntándole si podría decirle a la enfermera que tenía entrevista conmigo al día siguiente. Respondió que diría que tenía que venir "con el diablo D.". En este caso, el que el paciente se sentara me dió una relativa seguridad para continuar la entrevista; de pie y mirándome con odio, hubiera estado bajo la posibilidad de un ataque físico, no demasiado infrecuente en los pacientes que, gracias a su desconexión con la realidad, intentan defenderse por cualquier medio a su alcance del perseguidor que han colocado en una persona concreta; en este caso quien los entrevista.

El miedo al paciente no debe avergonzar, no se pide heroicidad a quien tiene que entrevistar enfermos mentales. Aún terapeutas con tan largos años de experiencia como Fromm Reichman, citan casos en los que amenazan con interrumpir una entrevista cuando el paciente se comporta en forma amenazante, pero formulando la intervención en forma tal que se deja a salvo la autoestima del paciente y se le permite valorar su posibilidad de auto-control. Además, el tolerar que el enfermo ataque al entrevistador, lo lesiona aún más en su autoestima e incrementa sus sentimientos de culpa al recordar, posteriormente, su incapacidad para dominar su violencia y confrontar su destructividad. El miedo que el entrevistador siente frente a un paciente que amenaza con atacar, ya sea anunciando verbalmente sus propósitos, ya adoptando actitudes que atemorizan, debe llevar a intentar establecer una situación en la que el examinador se sienta cómodo. Pretender ignorar que se teme al paciente, hace que el esfuerzo necesario para controlarse reste naturalidad a la conducta del entrevistador y disminuya sus capacidades de atención y observación al material y conducta del enfermo, que además percibe el miedo y se angustia aún más al encontrar en el entrevistador la confirmación de su peligrosidad.

Si el paciente expresa abiertamente el impulso de atacarnos, desde el primer momento que nos enfrentamos a él, hay que apelar inmediatamente a su posibilidad de auto-control con formulaciones que varían según cada entrevistador, pero que transmiten esencialmente la siguiente idea: "Si ud. juzga que hoy no le será posible controlarse para que podamos hablar, será preferible dejarlo para cuando se encuentre más tranquilo". Algunos enfermos tienen suficiente con esto para abatir relativamente su angustia, sienten que no se pretende forzarlos a nada en contra de su voluntad, como lo hacían sus objetos infantiles generándoles una profunda agresión. El sentirse respetados, disminuye la angustia que los hacía actuar agresivamente y colocarse en situación propicia para iniciar la entrevista,

que en este caso no debe empezar como habitualmente por el interrogatorio de la sintomatología, sino por el de la conducta, también sintomatológica, que hemos presenciado. Pero preguntar ¿por qué querría pegarme? directamente puede volver a poner defensivo al paciente, recordemos que el "¿qué me ve?", es en muchos sectores de nuestra población un reto franco y recuerda muy de cerca a la pregunta anteriormente consignada. Es preferible interrogar sobre los motivos que tiene el paciente para venir tan enojado, así le damos la posibilidad de sentir que su conducta tiene un sentido, no lo consideramos tan perturbado como para actuar irracionalmente sin ninguna causa que motive su enojo. En la entrevista de este tema, surgen frecuentemente, indicaciones sintomatológicas o de problemas en las relaciones interpersonales, cuya exploración conduce gradualmente a la integración de la patología presente en el enfermo.

En otros casos el paciente decide, aunque no lo explicite verbalmente, que no le es posible controlarse, se dirige más o menos violentamente a la salida y se va. Por esto es conveniente que la colocación del entrevistador no obstruya la salida del paciente y que su actitud también demuestre claramente que respetará la decisión del paciente de no tener entrevista. Intentar detener por la fuerza a un enfermo violento, ha dado lugar a incidentes lamentables de lesiones físicas irreparables e incluso muerte de personas que olvidaron la tremanda fuerza física que se desencadena en el paciente agitado, que requiere, para su dominio, de la intervención de varios cuidadores expertos en métodos de defensa personal. La violencia del paciente puede desencadenarse en el curso de la entrevista. En este caso es necesario revisar mentalmente la actitud y preguntas inmediatamente anteriores al desencadenamiento de la agresión, intentando descubrir si el paciente se ha sentido criticado, atacado o devaluado por el entrevistador, haciéndole patente que esa no ha sido la intención, pero que probablemente se ha sentido cri-

ticado, despreciado o rechazado por otras personas cuando ha dicho o actuado como en el momento presente, invitándolo a hablar de esas situaciones, si aún puede controlarse. En caso contrario se le permite retirarse como en el caso anterior.

Después de un largo interrogatorio, en el que el paciente se mostró bastante cooperador, sugerí la conveniencia de un internamiento. El enfermo preguntó dónde y mientras le respondía que en el sanatorio X en Tlalpan, sacó una navaja de su bolsa, la abrió y me dijo que si era forzoso. Le contesté que no podría internarlo sin su consentimiento y diciendo "¿Ah sí?, pues entonces me voy", se levantó lentamente, sin perderme de vista, en forma francamente retadora y se dirigió caminando de espaldas hacia la puerta de salida. Salió corriendo y atacó, sin éxito al vigilante que intentó detenerlo. La madre del paciente, que se encontraba en la sala de espera y lo había traído a consulta precisamente porque temía ser atacada físicamente, estuvo de acuerdo con la necesidad de internamiento, comprometiéndose a convencerlo para que se sujetase a tratamiento hospitalario. Generalmente los pacientes que no pueden controlar su agresividad durante la entrevista, tampoco lo logran fuera de ella y necesitan hospitalización y control medicamentoso, estando por tanto el entrevistador más amenazado, pero más protegido en el marco hospitalario, donde se encuentra a los pacientes más violentos, pero que permite al mismo tiempo, un mejor control de ellos y así puede observarse que una vez instituída la farmacoterapia, el paciente que había rechazado la posibilidad de entrevista, se sujeta ahora a ella sin tener que lamentar haber dañado a su interlocutor. Es sólo cuestión de paciencia, el esperar a que el enfermo esté en condiciones de comunicarse con otros, pero es recomendable no perder el contacto durante el lapso de espera, haciendo muy breves visitas, acompañándose del vigilante si se juzga necesario, al cuarto de aislamiento donde se encuentre el paciente, para investigar si se siente mejor y desea hablar con el entrevistador, hasta que se

consigue vencer su resistencia.

La misma táctica, que ya es psicoterapéutica en cierta medida, se sigue con los pacientes negativistas, catatónicos y estuporosos, que definitivamente se niegan a hablar. Fromm Reichman (29) se pasa los cincuenta minutos que dedica a cada paciente, sentada acompañando al enfermo mutista, hablándole para disminuir su temor o simplemente en silencio, pero haciendo explícito a su llegada que si el enfermo no desea hablar, de todos modos permanecerá allí el tiempo prescrito, despidiéndose al completarlo. Puede ser igualmente útil el visitar diariamente y por breve tiempo al paciente.

En una ocasión se me asignó a un enfermo llegado dos días antes en un estado de agitación catatónica y al que se había colocado en un cuarto aislado e instituído medicación con psicofármacos. Lo encontré tapado hasta la cabeza y sin haber probado el desayuno. No se destapó ni movió al oír que se abrían primero la mirilla de la puerta y después ésta. Me presenté, le dije que venía a hablar con él y después de unos minutos en los que tomé asiento y formulé distintas preguntas sin obtener respuesta, me despedí diciendo "muy bien, Cap. X., hoy no quiere ud. hablar conmigo, volveré mañana a tal hora, para ver cómo sigue y si quiere que platiquemos". Esta situación se repitió exactamente, sin cambio, durante quince días. El paciente no daba la menor señal de percatarse de mi presencia, hasta que un buen día, interrumpió mi ritual "buenos días Cap. X., soy la Dra. D." diciendo en cuanto pronuncié las dos primeras palabras: "Soy la Dra. D" No pude evitar reírme y decirle cuánto me alegraba que finalmente se decidiera a hablar, por primera vez se destapó la cabeza para verme y dijo que pensaba que yo era una mujer mucho más alta, pues pisaba con mucha seguridad. Había aprendido a diferenciar mis pasos de los de las enfermeras, pues siempre estaba con el pendiente de que llegara la hora en la que debía verlo y no apareciera, ya que creía que si tragaba saliva,

derrumbaba paredes y podía matar a quien estuviera presente junto a él, por eso evitaba hablar, "porque al hacerlo se pasa saliva". En una ocasión, mientras estaba con él sintió la tentación de pasar saliva y desde entonces no se sentía seguro de si lo había hecho o no en mi presencia, temía siempre que al día siguiente no volviera, hasta que pudo convencerse de que aunque efectivamente un día tragó saliva al estar con él, no me había sucedido nada. Como regresé, pudo hablarme. Es evidente que con su fantasía de encontrarse con una mujer más alta, estaba expresando que me sentía más fuerte que su destructividad, ya no tenía que protegerme no hablándome, pero se negó aún durante algún tiempo, a hablar con otras personas.

A la mayor parte de los pacientes hay que ayudarlos a hablar. A algunos es necesario solamente enseñarles a comunicar material significativo, pidiéndoles ejemplos sobre situaciones que describen de manera tan general que puede interpretarse en formas muy diversas, o haciéndoles que aclaren sus aseveraciones del tipo de "soy o fulano es agresivo o dominante, manipulador, etc." Para llegar realmente a enteder la forma en la que se relaciona el entrevistado con sus objetos, necesitamos descripciones de su interacción con los demás y no simples adjetivos. Por esto se estimula al paciente en diversas formas para que amplíe su comunicación. Con algunos es suficiente pedir simplemente que hablen más sobre por qué dicen que son agresivos, qué hacen o dicen cuando estan enojados, o den un ejemplo de alguna ocasión en la que han manipulado a alguien, para que aprendan rápidamente lo que queremos de ellos bastando después una simple mirada interrogante para que aporten el ejemplo que estamos buscando. En otros es necesario reiterar a cada paso del interrogatorio la petición de aclaración, el ejemplo. Esta situación se presenta muy frecuentemente en pacientes con carácter o síntomas obsesivos, que intentan evadir el surgimiento de afectos a través de la generalización excesiva o el desplazamiento hacia el relato de detalles insignifican-

tes, como en el ejemplo de entrevista que consigné anteriormente, en el que la entrevistadora dejó -- perderse al paciente en detalles intrascendentes. El obsesivo usa el lenguaje para evadir o contro-- lar sus afectos, tendiendo con frecuencia al empleo de eufemismos, minimización de la intensidad de -- sentimientos y palabras técnicas, que requieren -- constantes aclaraciones y peticiones de ejemplos o abordaje directo del tema que el paciente evade. Así si el entrevistado dice que tuvo una discusión con su esposa, hay que preguntarle si quiere decir pelea, o si ha tenido relaciones sexuales cuando - informa que "estuvo con una mujer". La tendencia a la intelectualización se disminuye si en vez de pedir que digan lo que pensaron en tal o cual si-- tuación, se pregunta qué sintieron.

Otro mecanismo obsesivo es la negación y el - paciente dice muchas veces más sobre sí mismo en - sentido negativo que en el positivo. El refrán popular "a explicación no pedida, acusación manifiesta" es aquí de singular utilidad; técnicamente lo expresaríamos diciendo que en el inconsciente no - hay negativas y que por tanto, el paciente está revelándonos su problema en una forma peculiar. Por tanto, no lo contradecimos, sino le pedimos que amplíe más sus aseveraciones de que "no es que me moleste X actitud de mi jefe, o no es que se sienta incómodo en las reuniones", etc. Toda espontanei-- dad resulta peligrosa para el obsesivo, por eso el entrevistador debe estar muy vigilante frente a la posible aparición de cualquier afecto en el paciente, para interrumpir el tema que venía desarrollándose e invitar al enfermo a ampliar sus comenta--- rios sobre la persona o situación cuyo relato ha - producido signos físicos o señales verbales reveladores de un cambio afectivo.

Mac Kinnon y Michels (40) han encontrado que una de las formas en las que el obsesivo se aisla del contacto emocional con el entrevistador con-- siste en repetir las frases de este último, ha--- blándose así a sí mismo y recomiendan abordar es-

ta aburrida forma de incomunicación, diciendo primero al paciente: "He notado que repite todo lo que digo, ¿por qué?". Y si el paciente responde que desea estar seguro de haber entendido bien, investigar entonces qué sucedería si no lo hace y sugerirle que conteste a lo que oiga, entienda bien o mal. Es también frecuente que estos pacientes traigan listas sobre sus molestias o sobre los temas que consideran necesario tratar en la entrevista, lo que constituye otro método para evitar ser espontáneos y sentir que controlan la situación. Durante una primera entrevista estas notas pueden ser un auxilio muy valioso para dirigir inmediatamente el interrogatorio hacia determinados aspectos de los síntomas o la vida del paciente, no suficientemente explícitas en ellas, pero si se pretende hacer de lo escrito el substituto de la comunicación, se constituyen en una interferencia que es necesario manejar, explorando qué trata de evadir el paciente al entregarnos sus escritos en vez de sus palabras vivas. Puede así descubrirse que la persona aparentemente tan segura que teníamos enfrente, está aquejada de una inseguridad y dudas permanentes, que le hacen temer olvidar cosas importantes y le incapacitan o angustian intensamente al tener que tomar decisiones.

Una vez que se ha permitido al paciente emplear un cierto tiempo en lo que se designa como "tribuna libre", es decir, permitirle el relato de sus conflictos sin interrupción y se observa que aporta abundantísimo material irrelevante, el entrevistador debe intervenir intentando la supresión de los detalles circunstanciales, a menos que esté dispuesto a pasarse días enteros enfarragado en relatos aburridos y poco esclarecedores o que su fastigio lo lleve a abandonar la entrevista y recurrir al expediente más fácil de aplicar un cuestionario con el que llenar los capítulos de la historia clínica. Situaciones ambas igualmente inconvenientes, pues será difícil así, entender los conflictos que generan la sintomatología y modos de reacción del paciente. Estas interrupciones requieren tacto y no

consisten en la introducción de un tema distinto de discusión que tendrá, aunque el contenido sea diferente, las mismas características formales de circunstancialidad que estamos tratando de combatir. Si el entrevistador cree saber lo que el paciente intenta comunicar, puede interrumpirlo para decírselo. Así si estamos recibiendo el relato de un viaje al final del cual el enfermo iba a encontrarse con alguien y nos intenta describir lo que sucedió desde que abordó el transporte, podemos interrumpirlo preguntándole qué pasó cuando se encontró con la persona que debía esperarlo. Pero no podemos usar muchas veces este recurso porque, justamente, el paciente sentirá que lo estamos interrumpiendo y puede interpretarlo como impaciencia y rechazo. Si con una o dos insinuaciones de este tipo continúan los detalles irrelevantes, será necesaria una intervención algo más enérgica, del tipo de "no entiendo cuál puede ser la relación de lo que me cuenta con mi pregunta".

El paciente puede ir más directamente al material que se le pide o decir que sí se relaciona y continuar con sus detalles banales. Será necesario volverlo a interrumpir ahora preguntándole si cree que no se le entendrá si no da toda su serie de explicaciones y hacerle ver que cuando no se le entienda, se le pedirán aclaraciones.

Con excepción de los pacientes gravemente deprimidos y de algunos psicóticos muy desconectados de la realidad, los obsesivos son los que toleran silencios más prolongados, pues también les sirven para preservar su aislamiento emocional. El entrevistador debería estar capacitado para tolerar silencios aún más largos que los de sus pacientes y a no intervenir por ansiedad, sino porque es técnicamente pertinente. Si por el relato previo se ha llegado a la conclusión de que no hay montante de angustia importante, que requiere otro manejo técnico, es conveniente dejar pasar un tiempo sin interrumpir el silencio. Si el enfermo lo rompe, obtenemos un material espontáneo inapreciable sobre

manejo de angustia o contenidos inconscientes a duras penas reprimidos y que emergen en cuanto el paciente se ve privado, aunque sea momentáneamente, de la posibilidad de enfrentarse a situaciones previsibles y por tanto controlables. Si empieza a hacer preguntas, vemos in vivo, su necesidad de mantener el control sobre sus objetos y la incapacidad para confiarse en otros y dejarles la responsabilidad de lo que pase, situación que seguramente provocará dificultades en su vivir cotidiano, aunque las justificará aduciendo su sentido del deber y responsabilidad. Posteriormente hablaré del manejo de las preguntas de los pacientes.

La interrupción del silencio puede hacerse mediante el relato de los problemas de otras personas o el de diversas situaciones satisfactorias o conflictivas del propio paciente. Es importante notar aquí qué mecanismo actúa, si la falla de represión (personas y situaciones provocadores de conflicto) o una sobrecompensación en el caso contrario, lo que nos brinda una buena oportunidad para valorar lo que psicodinámicamente se designa como fortaleza yoica. Si el silencio persiste por largo tiempo, debe interrumpirlo el entrevistador, no introduciendo arbitrariamente un tema de discusión, sino investigando por qué se ha callado el paciente. La respuesta puede ser "esperaba que ud. me preguntara algo" y el entrevistador no debe caer en la trampa de intentar ahora aclarar puntos obscuros de comunicaciones anteriores, pues lleva el riesgo de favorecer la pasividad de pacientes que temen responsabilizarse por lo que dicen o hacen y que a partir de ese momento intentarán se les lleve de la mano a comunicar lo que el entrevistador desee, convirtiendo la entrevista en interrogatorio casi policiaco. Es pues conveniente regresarle la responsabilidad al enfermo y hacerle ver que no podrá evadir con sus silencios, la comunicación espontánea, interrogándolo sobre lo que pensaba y sentía mientras estaba callado. Y volverlo a hacer ya directamente, cada vez que se repita el silencio.

Los pacientes muy inseguros o ansiosos requieren mucha ayuda inicial para poder llegar a hablar fluidamente. A veces son suficientes los gestos, movimientos y monosílabos de asentimiento para hacerlos seguir hablando. Otras veces es necesario invitarlos a proseguir empleando la llamada técnica del "eco", que consiste en repetir su última frase o palabra: "¿se sintió molesto?", con esto puede proseguir el paciente, pero puede ser necesario ir más allá y preguntarle "qué pasó después" o pedirle que continúe hablando de la persona o problema cuyo relato ha interrumpido. Si resulta evidente que la interrupción se debe a la presencia de un afecto penoso, es conveniente señalar que se entienden y respetan los sentimientos del paciente: "todavía siente mucho la muerte de su padre", "esta situación debe haber sido muy molesta para ud." etc. Generalmente el paciente agradece estas muestras de interés por él y puede continuar hablando, pero si el entrevistador se percata de que el nivel de angustia con respecto a un tema resulta tan importante que el paciente se retuerce impotente las manos, camina agitado por el lugar de la entrevista o se desorganiza su pensamiento; invita a explorar qué puede estarlo angustiando tanto y si estas señales no cambian, debe interrumpir la comunicación angustiosa, llevando la atención del paciente a la discusión de situaciones banales, haciendo notar que, ya que el tema perturba tanto al enfermo, se dejará su exploración para otro día. Este puede ser un buen momento para preguntar la edad, lugar de origen u otros datos de la ficha de identificación que no se han obtenido en el curso de la entrevista, o para averiguar datos históricos sin relación con el tema perturbador. No es posible elaborar una buena historia clínica en una sola entrevista. Por tanto no hay que preocuparse por dejar un tema incompleto. Con frecuencia se ve recompensada la paciencia del entrevistador cuando en el siguiente encuentro es el paciente quien abre espontáneamente la entrevista diciendo: "no sé qué me pasó el otro día al hablar de tal o cuál cosa, sabe ud. que..." y retoma el tema que -

provocó su angustia.

En casos manos favorables, el paciente se bloquea igualmente frente a la mayor parte de los temas por discutir. Aquí como en el caso en el que a pesar del cambio de tema no se observe disminución de la angustia, es primero necesario averiguar si el enfermo presenta alucinaciones que lo atemorizan o le ordenan callar. En el primer caso obtenemos un indicio positivo si el paciente mira fijamente algún punto del cuarto de la entrevista y parece desentenderse de nuestra presencia intentando oír algo que no es nuestra voz. Si después de preguntarle si ve u oye algo que le provoque miedo responde afirmativamente, puede encaminarse el interrogatorio a la exploración de las alucinaciones. Si responde negativamente, es necesario investigar, igual que cuando no hallamos indicios de alucinaciones presentes al tiempo de la entrevista, si el paciente está angustiado porque teme el juicio del entrevistador, aclarándole la disposición acrítica que se tiene para con sus comunicaciones e intentando conducirlo a que hable de las situaciones en las que se ha sentido criticado o rechazado por cosas que ha hecho o dicho. La angustia puede así disminuir o ceder el bloqueo. Si persiste la primera a nivel tal que es evidente el sufrimiento muy intenso del paciente, debe preguntársele si prefiere dejar la entrevista o cree que podrá controlarse dentro de un poco de tiempo. El sentir que se toma en consideración su angustia puede ser vivido como aceptación, incrementándose la autoestima y disminuyendo la ansiedad a niveles manejables. En otros casos el paciente opta por retirarse y debe respetarse su decisión. Esta situación se presenta en muy raras ocasiones en personas que asisten por su propia iniciativa a una entrevista, pero es relativamente frecuente en los pacientes hospitalizados. En ambos casos se requiere instituir tratamiento medicamentoso ansiolítico, antes de intentar una nueva entrevista.

Cuando los silencios no se acompañan de ansie-

dad evidente, es posible tener una actitud de mayor presión y actividad, insistiendo en que el paciente diga lo que estaba pensando mientras estaba callado. Frente a respuestas del tipo de "no pensaba nada" o "tenía la mente en blanco", puede aducirse que es imposible tal situación, aunque a primera vista así parezca, o que tal vez los pensamientos que se han ocurrido parecen carecer de importancia o relación con el tema tratado, pero que nunca puede saberse si efectivamente carecen de importancia. El paciente puede entonces comunicarnos material más o menos importante o pedirnos que seamos nosotros quienes hablemos ahora, especialmente en casos en los que se identifica el hablar con el interés del entrevistador. Aquí es adecuado hacer ver al paciente que para poderlo entender realmente, necesitamos saber muchas cosas sobre él, aunque es natural que a su vez quizás esté preguntándose cosas sobre nosotros. Esto deja abierto el campo para que el enfermo continúe hablando sobre sí mismo o exprese temores o inconformidad respecto al entrevistador, en forma directa o mediante preguntas, cuyo manejo discutiré posteriormente. Si teme o está resentido con el entrevistador, es necesario aclarar todo mal entendido para restablecer la libre comunicación. Por supuesto que si el bloqueo se ha presentado frente a la emergencia de material altamente cargado afectivamente, la táctica será hacer que el paciente se percate de que estaba hablando muy fácilmente, hasta que llegó a un x punto, en el cual se interrumpió. Tal vez él mismo no había notado cuánto lo afectaba lo que nos está comunicando y el hacércelo ver estimula su curiosidad para seguir explorando el tema. Si no es el caso y con las tácticas anteriores no se ha logrado superar la resistencia, puede preguntarse directamente si el paciente está pensando algo en relación con el entrevistador, que lo haga sentirse incómodo porque teme pudiera ser ofensivo o rechazable. La forma de responder puede darnos indicios para insistir en que comunique lo que piensa, aunque se refiera al entrevistador. Si todo esto fracasa, es necesario responsabilizar, sin --

culpar, al paciente por su actitud, diciéndole por ejemplo: "Entiendo que hay algo que le hace difícil hablar conmigo, pero para poder comprenderlo necesito su colaboración. ¿Cree poder hacer el esfuerzo de decirme algo más sobre ud.?". Si ni esto da resultado, será conveniente recurrir a la técnica que se describió en los casos de mutismo.

Además de los pacientes obsesivos que intentan obtener control de la situación de entrevista haciendo preguntas, los pasivos y angustiados frente a impulsos o actitudes que juzgan incorrectas, también recurren a ellas. Es necesario observar en qué momento surge la pregunta y qué puede haber detrás de su contenido formal. Si después de un silencio el paciente pregunta de qué debe hablar ahora, lo interrogamos como dijimos anteriormente, sobre lo que pensaba durante su silencio. Pero si la pregunta surge inmediatamente después de las presentaciones iniciales de rigor, esto resulta impertinente, ya que el paciente puede estar tan confuso que a duras penas sepa en dónde se encuentra y qué es un psicólogo o psiquiatra y por tanto espera a que se le diga qué se espera de él. Por razones distintas, los pacientes sumisos y dependientes actúan en la misma forma. Este es el único caso en el que es válido contestar sin mayor trámite y directamente la pregunta del paciente. Generalmente el tema que menos angustia despierta y que evidentemente es el motivo de internamiento o consulta, es la sintomatología y así pues pedimos al paciente que nos diga por qué está internado o qué molestias lo aquejan.

Pero el paciente puede iniciar la entrevista haciendo alusiones directas a la persona del entrevistador o hacer preguntas más o menos disfrazadas. El manejo es el mismo si este tipo de preguntas se presenta ya iniciada la entrevista y se está segura de no haber provocado este tipo de resistencia gracias a un mal manejo técnico, anotando mentalmente el material que provocó su aparición para incluirlo en la respuesta. Excepto los entrevistadores muy rígidos que recomiendan no contestar a ningún -

tipo de pregunta personal, los demás sugieren una técnica más flexible, dentro de la cual, de todas maneras, se hace que el paciente explore más sobre los motivos que lo han inducido a esta aparente curiosidad. Así si el paciente pregunta cuántos años tiene el entrevistador u observa que es muy joven, en vez de interpretar su interés como intento de devaluarnos, aceptando que podemos ser jóvenes lo interrogaremos a nuestra vez sobre si esto le molesta por algún motivo. Algo similar se hace cuando la alusión es con respecto al sexo de quien entrevista, a su nacionalidad o religión. En lo que sí es conveniente no entrar es en tratar de convencer al paciente de nuestras habilidades técnicas, buena preparación y experiencia. La actitud es mucho más convincente que miles de palabras y no convenceremos a nadie diciendo en dónde, cuánto y con quién hemos estudiado. Sólo el manejo adecuado de la entrevista disminuye las ansiedades del paciente con respecto a las manos en las cuales se encuentra. Por tanto, frente a preguntas respecto a años de experiencia, curriculum y preparación académica, se responde con otras en las que intentamos averiguar por qué consideran conveniente ser entrevistados por una persona de gran experiencia, si creen necesitar de la intervención de un x tipo de especialista o con qué clase de entrevistador les sería agradable o conveniente hablar.

En ocasiones, ya avanzada la entrevista el paciente pide una opinión sobre algún problema personal o sobre algún tema aparentemente no relacionado consigo mismo. Es natural que el enfermo desee saber su diagnóstico, pues en el trato previo con diversos especialistas médicos, ha aprendido que después del interrogatorio y exploración se llega a él y se le comunica con palabras más o menos técnicas. Pero así como para nadie resulta vergonzoso tener úlcera gástrica, los diagnósticos psiquiátricos aún no han perdido totalmente su tinte condenatorio, devaluatorio y descorazonador. Además en algunas ocasiones se requiere más de una entrevista y diversos estudios, para llegar a una con-

clusión definitiva. Si contestamos que aún no sabemos qué tiene el paciente y necesitamos hablar más con él o sujetarlo a una serie de exámenes físicos y/o psicológicos, alentaremos su espera y nos habremos colocado en el callejón sin salida de tener que cumplir lo que implícitamente prometemos, o correr el riesgo de ser tomados por ineptos que nunca llegan a saber cuál es el diagnóstico correspondiente al cuadro sintomático del enfermo. Tampoco es justo echar la pelota al residente de la sala, si el entrevistador está encargado exclusivamente de elaborar la historia clínica y no va a efectuar el tratamiento del paciente. En la mayor parte de los casos es suficiente el recurso de desviar la atención del enfermo de la pregunta concreta a la investigación de qué teme sobre su enfermedad, si cree estar muy mal, etc. Si insiste, puede contestársele con reformulaciones generales sobre los problemas que ha planteado: "Como hemos visto, Ud. se siente ansioso frente a personas con autoridad y esto disminuye su eficiencia en el trabajo", o bien "pienso que la tensión que le provocan los problemas con su esposo tiene una relación importante con sus dolores de cabeza", etc.

En ocasiones el paciente nos trae su diagnóstico, hecho por sí mismo o por alguna otra persona y busca que lo ratifiquemos o rectifiquemos. Debe intentarse antes que nada investigar por qué es psicótico, histérico o términos menos técnicos como dominante o agresivo y rectificar tales calificativos si no corresponden a lo que observamos y el paciente se ha angustiado por ellos. Pero no hay que pretender abatir la angustia mintiendo, si efectivamente confirmamos el diagnóstico. Las técnicas evasivas anteriormente descritas, vuelven a tener aquí aplicación. Hay casos en los que el enfermo intenta convencernos de que padece tal o cuál afección, por ejemplo, los hipocondríacos se quejan de diversos padecimientos somáticos sin presentar ninguna alteración física. Algunos psicóticos y pacientes sumamente cargados de culpa inconsciente, se acusan de crímenes y desviaciones que no ejecutan en

la realidad. Es improcedente tratar de convencer al paciente de que no ha matado a nadie, no es homosexual, no tiene nada en el intestino o no lo -- persigue nadie. En vez de discutir, la regla es, como siempre, explorar.

Lo mismo se hace si el entrevistado plantea preguntas sobre qué impresión se tiene sobre él, si debe divorciarse o tomar alguna otra decisión, si se podrá curar, etc.

Hay pacientes que después de la presentación inicial, comienzan a llorar profusamente, quejándose solamente de sentirse muy mal. Esto es por supuesto más frecuente en las mujeres. El entrevistador inexperto puede sentirse desconcertado y recurrir a intervenciones absurdas como "¿está ud. - triste?" o "¿qué le pasa?". Es obvio que la enferma no llora por el infinito placer de ver al entrevistador y que lo que le pasa es que algo la hace derramar lágrimas, pero que está tan alterada que momentáneamente no puede decirlo. Minimizar su -- llanto diciendo: "vamos, no será tan grave lo que le sucede", puede recordarle actitudes de familiares por los cuales se ha sentido incomprendida o - tratada como una tonta, que llora por fruslerías. Lo adecuado es intentar comunicarle una actitud de comprensión y simpatía frente a su dolor con frases similares a la siguiente: "Debe haber sufrido Ud. mucho para tener tanto dolor dentro y el llanto es una forma de descargarlo". Otras pacientes son capaces de preguntar entre sollozos por dónde empiezan y lo adecuado es pedirles que lo hagan -- por lo que las hace llorar. En ambos casos, una - vez iniciado el relato se continúa apoyando la comunicación expresándole a la paciente que entendemos lo penoso que le ha resultado el abandono del esposo, la muerte de alguno de los padres, etc. Frecuentemente el llanto cesa después de superado el tema que lo provoca.

Es común que los pacientes con reacciones psicofisiológicas se nieguen a reconocer el origen --

psíquico de su padecimiento y se encuentren resistentes a iniciar la entrevista. Lo mismo sucede cuando un familiar es quien ha sugerido la necesidad de tratamiento para el paciente y encontramos frases de apertura como las siguientes: "Me manda el Dr. X (mi esposo o mi madre) porque cree que mi úlcera es mental (o manejo mal a mi hija o le causo problemas a mi padre), pero no lo creo (es problema de ellos)". Con el ulceroso podríamos intentar hacer una semilogía del dolor, agruras, etc., pero, puesto que rechaza la posibilidad de conflictos psíquicos nos negará la información significativa para nosotros, sobre las situaciones que hacen aparecer o incrementan sus molestias físicas. En los otros casos, claramente se nos expresa que "los problemas son de los demás" y no debemos esperar por tanto que las pacientes esten dispuestas a aceptar que tienen alguna sintomatología. Puede intentarse un acercamiento indirecto, dando en apariencia la razón inicialmente al paciente: "Pudiera ser que en efecto su problema sea exclusivamente físico, ¿qué estudios le han hecho?, o bien "Efectivamente a veces quien verdaderamente tiene el problema es quien menos se preocupa por solucionarlo, ¿de qué se queja su esposo o tu madre?". Puede haber un relato detallado de los muchos médicos consultados que confirmaron la existencia de lesión gástrica o duodenal o de las recriminaciones de los familiares que envían a consulta. En este último caso, la petición de ampliaciones y aclaraciones en tono amable y que no culpa a las pacientes por lo que sucede en el seno familiar, puede ser suficiente para tornarlas cooperadoras. En el caso contrario y con el ulceroso, puede hacerse la observación sobre el enojo que debe haber provocado el tener que sujetarse a una consulta. El poder discutir, finalmente con alguien que ni prohibe ni critica, la existencia de rabia, abre el paso a una comunicación más fructífera.

Sin embargo, hay pacientes que, pese a todas las medidas descritas para favorecer la comunicación se niegan a continuar entrevistándose con el

examinador. Debemos pensar en casos tales, que el manejo ha sido inadecuado, revisar las fallas e intentar, si aún es posible corregirlas. O bien que el paciente tiene un ideal de entrevistador que no llenamos y permitirle el acceso a otra persona que sienta más cercana a su idea preconcebida de la -- persona más severa o más tierna, más vieja o más - joven, en la cual pueda depositar su confianza.

D) INICIO DE LA ENTREVISTA

El clima de respeto y tolerancia que debe prevalecer en la entrevista, para lograr la cooperación del paciente, incluye la necesidad de proveer también un ambiente físico adecuado. Esto es, un local suficientemente bien aislado que permita al paciente hablar sin temor a que personas ajenas escuchen sus comunicaciones, un asiento aceptablemente cómodo, colocado en forma tal que no quede deslumbrado por rayos de sol o focos situados frente a sus ojos y acceso a la salida sin grandes obstáculos. Toda recomendación sobre la manera de arreglar el cuarto de entrevista, resulta absolutamente banal y superficial. Hay a quien le va muy bien entrevistar en un cuarto vacío. Hay quien necesita flores y plantas para sentirse a gusto en un cuarto en el que pasa la mayor parte del día y quien ocupa un consultorio en alguna institución oficial o privada durante algunas horas, compartiéndolo con diversas personas, a las cuales a veces nunca llega a conocer, tiene que adaptarse a las disposiciones y posibilidades de la institución en la que labora. Lo fundamental en todos los casos, es la naturalidad y comodidad del entrevistador, sean cuales fueren sus requerimientos para lograrlas.

Freud en sus "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico" (26) consignó la inconveniencia de tomar notas al tiempo de las sesiones, pues se distraía del médico la actividad mental necesaria para mantener la "atención flotante" y la capacidad interpretativa, además de quedar sujetos a la selección más o menos arbitraria de los datos que se anotaban. Desde entonces las opiniones se han dividido. Mac Kinnon considera que igual que el obsesivo se refugia en los escritos que presenta para evitar el contacto emocional, el entrevistador que toma notas, también elude la comunicación afectiva. Wolberg no encuentra nada criticable en esta actitud y Menninger (43) es definitivo al consignar en su manual para el estudio de casos psiquiátricos,

que se han dicho muchas insensateces con respecto al tomar notas, que muy pocos pacientes se resis-- ten a tal procedimiento después de los primeros minutos de entrevista, llegando incluso a impresionarse favorablemente al percatarse de que el interés del entrevistador lo lleva a consignar por escrito lo que dicen. Creo que en este caso, como - con el arreglo del cuarto de la entrevista, sólo - se trata de preferencias personales y que cada entrevistador debe seguir la suya. Si la característica del examinador es evitar contactos afectivos, no va a renunciar a ella por el simple hecho de no tomar notas y puede entonces hacer evidentes reacciones que perturben más la buena marcha de la entrevista. Si lo que provoca la necesidad de escribir es la angustia de no recordar hechos significativos, relaciones o fechas aportadas por el paciente, el pobre entrevistador que intenga seguir ciegamente lo que considera reglas canónicas de Freud, no dispondrá ni de atención flotante ni de capacidad interpretativa, porque su angustia consumirá la energía que se supone debiera quedar libre para tales actividades. Por último, si el exceso de trabajo, el número de pacientes o la falta de tiempo para consignar por escrito las entrevistas después de despedido el paciente son importantes, el entrevistador no debería sobrecargar su tiempo libre -- con labores que interfieren con la obtención de -- placeres menos científicos, pero más directos e -- imprescindibles en la vida de quien se dedica a la no siempre fácil labor de tratar enfermos mentales.

Creo que en páginas anteriores ha quedado suficientemente clara la necesidad de presentarse ante el paciente y preguntarle su nombre si se desconoce o llamarlo por él interrogativamente en caso contrario. El preguntar por su nombre además de - evitar confusiones, permite transmitirle al paciente la sensación de que realmente estamos interesados en la persona que él es y no en un "caso" impersonal, motivo de observación como especimen raro. La presentación debería ir precedida o seguida por un saludo convencional y a continuación se

invita al paciente a entrar en el cuarto de la entrevista y a tomar asiento.

A partir de este momento y durante el curso de la entrevista, el entrevistador tendrá oportunidad de observar diversos aspectos de la apariencia y conducta del paciente, que proporcionan indicios diagnósticos a veces y siempre elementos para deducir la existencia de procesos afectivos y actitudes corporales correspondientes a ellos o residuos de las influencias ambientales que las modelaron y originaron. El paciente poco angustiado se conduce generalmente en forma convencional, cede el paso, espera a que la entrevistadora se siente, algunos intentan ayudar a cerrar la puerta, dan la mano al saludar, etc. Podemos percibir en la mano que nos saluda el temblor y sudoración de la angustia, el frío del temor, la fuerza de quien necesita aparentar seguridad y potencia, la dificultad para desprenderse del depresivo o dependiente, etc. Los enfermos muy perturbados, con reacciones de ansiedad severas, esquizofrénicos y orgánicos, pueden comenzar a hablar desde la sala de espera, sin tener en consideración la presencia de otras personas. Tarachow (57) interpreta esta evidente desconexión de la realidad en el esquizofrénico como debida en ocasiones a la sensación que tiene el paciente de que sus pensamientos son conocidos por todo el mundo, siendo inútil la precaución de cerrar la puerta para evitarlo.

Anotamos mentalmente las anomalías en la marcha, para investigarlas en el curso de la entrevista si no surgen espontáneamente. Histéricos y orgánicos pueden presentar trastornos en la deambulación. Las secuelas poliomielíticas, defectos corporales obvios (enanismo, prognatismo, estrabismo, cifosis, escoliosis, tumoraciones, falta o mal formación de alguna parte del cuerpo, etc.) colocan al individuo en condiciones de desventaja, provocando conflictos que pueden desembocar en sentimientos de inferioridad o reto autoafirmativo compensador. En otros casos el trastorno mental es acompañante o de

sencadenado por alteraciones somáticas tales como traumatismos craneoencefálicos cuyas cicatrices podemos observar. O bien el conflicto psíquico produce alteraciones somáticas detectables a simple vista como en los casos de dermatitis y dermatosis diversas, encanecimiento, alopecia areata, etc. De la observación del enfermo obtenemos también una idea aproximada de su edad, que ratificaremos o rectificaremos posteriormente. Esta estimación puede tener también valor diagnóstico. Así si encontramos un síndrome psicótico en una persona de cuarenta años aproximadamente, pero que representa mucha mayor edad, podemos sospechar la existencia de una enfermedad de Alzheimer y por tanto, proceder a una cuidadosa investigación física y de gabinete; (Kolb, 34).

El atuendo también proporciona datos dignos de tomarse en consideración. Los pacientes severamente desconectados de la realidad se presentan vestidos descuidadamente, a veces sucios. Los obsesivos, en cambio, son excesivamente cuidadosos en su arreglo personal. Las fóbicas se estiran continuamente la falda tratando de ocultar las piernas. Las histéricas que tienden a la seducción descubren partes de su cuerpo. No todas las homosexuales demuestran su patología a través de un atuendo poco atractivo y en cambio, muchas que no lo son se presentan arregladas sin ninguna coquetería.

De la expresión facial y actitud corporal del paciente deducimos su estado de ánimo: triste, angustiado, temeroso, receloso. El paranoico vigila todos nuestros movimientos, el alucinado mira atentamente algun punto de la habitación desentendiéndose de nuestra presencia, el maníaco no puede permanecer sentado por mucho tiempo, etc. La observación no debe ser tan pertinaz que incomode al paciente. Mirarlo fijamente sin desprender de él la vista, puede hacerlo sentir como microbio bajo la lente de un microscopio. Observamos tan naturalmente como lo haríamos en situaciones sociales ---

frente a una persona que nos interesa. Si ya instalado el enfermo, no inicia espontáneamente la conversación, ni lo hace ante nuestra mirada de invitación, es necesario que el entrevistador tome la palabra antes que el silencio se vuelva penoso. Menninger (43) sugiere iniciar la conversación tratando temas banales, como el estado del tiempo, el lugar de procedencia, etc. La mayor parte de los autores, como Stevenson (55), recomienda en cambio iniciar directamente la discusión del padecimiento actual.

El abordaje es diferente si el paciente ha sido referido por algún médico que si viene por iniciativa propia o está hospitalizado. En el primer caso usamos la referencia como tema de apertura: "¿por qué cree Ud. que el Dr. X consideró conveniente consultarme?" (si el paciente ha dicho que "viene porque lo mandaron"). Si nuestro colega ha dado información sobre el paciente, nos abstenemos de dársela para no perder la oportunidad de observar cuál es el tema que aborda primero, generalmente el síntoma o situación más molestos. Se opta entonces por formulaciones similares a la siguiente: "El Dr. X me habló para decirme que Ud. vendría, pero yo quisiera saber por Ud. mismo qué molestias tiene". El término "molestias", nada técnico, me parece suficientemente vago como para permitir que el paciente elija entre sus problemas el que más significativo le parezca para iniciar la comunicación. Es tan molesta una cefalea como la relación con algunas personas. En cambio "problemas", "dificultades" o "trastornos" restringen las posibilidades de elección. Con el paciente que viene espontáneamente se interroga directamente qué cosas le molestan y al hospitalizado lo interpelamos con respecto a su internamiento.

No intervenimos mientras el enfermo habla, ni siquiera para pedir fechas o aclaraciones. En esta primera narración espontánea, tenemos oportunidad de observar la sucesión de temas indicativos de posibles relaciones significativas, que se perderá

posteriormente cuando las intervenciones del entrevistador hayan dado la pauta de lo que se espera del paciente y desplierten muchas reacciones defensivas que en este momento no se presentan. Hay tiempo para aclaraciones, fijar fechas, afinar detalles y buscar posibles relaciones causales en otros momentos de la entrevista. Ahora sólo observamos qué, cómo, en qué orden y con qué manifestaciones afectivas responde el paciente a nuestro primer movimiento. En la "Iniciación del tratamiento", Freud (26) consignó que sólo las fases de apertura y cierre son susceptibles de una investigación minuciosa y de descripción detallada. Así es, en efecto, al inicio de la entrevista podemos observar un paciente ingenuo, que comunicando lo que conscientemente cree importante para el entrevistador, descubre al mismo tiempo, con sus gestos, variaciones en el tono de voz, lapsus, omisiones, rectificaciones, sucesiones y conexiones, elementos inconscientes cuyo surgimiento posterior se ve interferido por la puesta en acción de diversas maniobras defensivas despertadas por la técnica hábil, pero más aún por la inadecuada, del entrevistador.

Al sobrevenir el primer silencio, es necesario observar si el paciente calla porque considera haber agotado el tema o lo hace frente a la angustia que le ha despertado el material que comunicaba. En este último caso, se recurre a las diversas tácticas de manejo del silencio descritas en páginas anteriores. Si se trata del agotamiento de tema, este es el momento para pedir las aclaraciones pertinentes, después que, habiendo preguntado si hay más molestias, el paciente responde en forma negativa. La descripción sintomatológica o el relato inicial de los problemas que aquejan al paciente puede ser tan concisa que se reduzca a una mera enumeración de molestias: "tengo angustia, me duele la cabeza, no duermo bien, se me ha ido el apetito y ya, esto es todo". Antes de intentar la exploración semiológica de cada uno de estos síntomas, es necesario tratar de provocar

una mayor cooperación del paciente, a menos que estemos dispuestos a tener que luchar posteriormente con la costumbre, que puede instaurarse desde este momento, de permitir respuestas breves que no comprometen al paciente y fuerzas al entrevistador a hacer numerosas preguntas, interrumpiendo la posibilidad de espontaneidad con su técnica de cuestionario. Se invita pues al entrevistado a ampliar el tema, preguntándole qué más puede decirnos sobre sus molestias o repitiéndolas todas, en el orden en que las ha comunicado, para darle la posibilidad, en ambos casos, de seleccionar la que más le perturbe o le sea más fácil de verbalizar. Si estas maniobras fallan, podemos encontrarnos bien frente a un paciente que tiene poca experiencia o habilidad para comunicarse verbalmente, o puede tratarse de una persona sumamente angustiada a la que habrá primero que calmar para obtener datos que valgan la pena.

Una vez que el paciente ha ampliado la descripción de su padecimiento actual, o hemos fracasado en el intento de lograrlo si la descripción es escasa, pasamos a definir la sintomatología, siempre que, en el curso de su descripción, el paciente no se haya desviado hacia el relato de relaciones interpersonales significativas, cuyo abordaje parezca pertinente aunque se rezague la investigación del padecimiento actual. Es importante que el entrevistador no intente ceñirse a un orden rígido de entrevista, recordando que lo importante es el paciente, no la obtención de datos y que el enfermo colaborará más gustoso si atendemos a lo que intenta decirnos, en vez de tratar de encajonarlo en el marco rígido de un padecimiento actual que no puede abandonarse mientras no se hayan agotado todos los cómos, cuándos y por qués de los síntomas. Además debemos tener en cuenta que las reacciones de la familia frente a la enfermedad de uno de sus miembros pueden despertar la hostilidad del paciente o ser usadas para satisfacer necesidades de dependencia, etc., que difícilmente resurgen en entrevistas posteriores y con mucha frecuencia se omite su investi

gación directa, perdiéndose así la oportunidad de detectar rápidamente las ganancias secundarias que pudiera aportar el síntoma.

Del inicio de la entrevista depende que se favorezca o dificulte la posibilidad de comunicación subsecuente, por tanto, las intervenciones del entrevistador deben ser tales que el paciente sienta no sólo que puede hacer disgresiones, sino también que estas se aprecian como puntos de vista sugestivos e interesantes, alentándolas mediante miradas de asentimiento o comprensión, movimientos de cabeza, emisión de palabras o sonidos indicativos de que se está siguiendo la comunicación. Pero habrá que interrumpir si la conversación se desvía a temas intrascendentes o detalles banales.

Lenguaje

La observación del tipo de lenguaje que usa el sujeto, proporciona información sobre su nivel cultural, la región geográfica de donde proviene, la profesión o intereses importantes en su vida y su nivel de sotisficación psicológica. Excepto en el uso de términos técnicos psicológicos, es conveniente tratar de incluir en las preguntas o aclaraciones que se piden al paciente, las palabras que emplea para designar ciertas situaciones. Así le preguntamos por sus problemas, dificultades o conflictos, si son estos los términos con los que nos refiere los trastornos en sus relaciones interpersonales. Lo interrogaremos sobre su "bola en la garganta", sus "revelaciones", "voces", etc. El que a la hora de redactar un informe sobre la entrevista o una historia clínica completa debamos emplear un lenguaje sotisficado o técnico, no implica que tratemos también de aplicarlo durante la comunicación con el paciente. El entrar a sus términos disminuye la ansiedad del enfermo con respecto a lo adecuado de su verbalización para darse a entender y siente que aceptamos sus manifestaciones tal cual nos las presenta. Además el emplear las mismas palabras que el entrevistado, favorece la aparición de procesos afectivos, ya que el lenguaje cotidiano está cargado afectivamente para --

el sujeto, mientras que la necesidad de expresarse en términos ajenos, deja de lado la posibilidad de conexión entre el símbolo verbal y su contenido afectivo.

En cambio, los términos técnicos y los calificativos generales deben ser siempre objeto de aclaración, tanto porque su sentido puede resultar equívoco o confuso, como porque a través de términos de este tipo se evita muchas veces el uso de un lenguaje directo cargado afectivamente. Así el paciente que se dice "nervioso" puede ser colérico, impaciente, inquieto o angustiado. En ocasiones los enfermos se describen siguiendo los esquemas que los demás les atribuyen y que no corresponden forzosamente a la realidad. Una paciente me dijo que tenía problemas matrimoniales porque era "dominante y manipuladora". Al pedirle que ampliara su declaración pudo verse claramente que el esposo la juzgaba de esta manera, porque pedía el gasto y se negaba a tener relaciones sexuales cuando tenía un disgusto no resuelto con su cónyuge. La aclaración a los términos vagos se hace, bien con la técnica del "eco", bien pidiendo que hablen más de su "timidez", "carácter pensativo", etc., o solicitando ejemplos de situaciones en las que el paciente se muestra o siente agresivo, rechazado, ineficaz, etc.

A través del lenguaje obtenemos datos sobre los procesos de pensamiento. El ritmo de uno corresponde al del otro. Así en el deprimido encontramos una verbalización lenta, escasa, expresada en un tono de voz baja, a veces difícilmente audible. El hipomaníaco y algunos pacientes angustiados y agitados hablan muy rápidamente, como si quisieran inundarnos de y transmitirnos la presión interna que sienten. En el francamente maníaco el lenguaje resulta insuficiente para transmitir la acumulación de pensamientos y se dejan las frases incompletas. En el orgánico pueden presentarse dificultades en la articulación de algunas palabras, interrupciones de la comunicación tendientes a bus-

car el vocablo perdido, uso de perifrasis o circunloquios para suplir la ausencia de la memoria del término necesario para expresar lo que desean. El esquizofrénico puede emplear palabras extrañas, "neologismos", cuyo significado sólo él conoce, o presentar un lenguaje incoherente, desorganizado, que no lleva a ninguna parte, como en los casos de la llamada "ensalada de palabras". Si desde un principio nos percatamos de las características formales del lenguaje y de su ritmo, rapidez, entonación, fluidez, gestos y expresión facial acompañantes, tendremos un estupendo indicador para detectar el surgimiento de afectos o de situaciones conflictivas, durante el relato subsecuente del enfermo, al percibir las variaciones en cualquiera de las características citadas.

Hacer que el paciente elija inicialmente el tema que desea tratar y el favorecer las posibilidades para el aporte de datos ampliamente descritos, no implica dejar la entrevista en sus manos. Exceptuando a Deutsch y Murphy (11), que recomiendan una actitud pasiva, su "anamnesis asociativa", todos los autores de textos o artículos sobre entrevista clínica consideran que tal pasividad constituye una sobrecarga para el paciente y que lleva el riesgo de desperdiciar el tiempo. El entrevistador es un investigador activo, que debe buscar conexiones y relaciones ignoradas por el paciente, por tanto, la entrevista es de tipo dirigido una vez que se han dejado surgir espontáneamente las primeras comunicaciones. Hay que disponerse a preguntar, aclarar, perseguir enlaces extraños, buscar lo que el paciente omite, teniendo siempre en cuenta que en muchas ocasiones no es capaz de recordar con certeza ciertos momentos de su vida. Incluso en algunos cuadros clínicos, básicamente orgánicos, obtenemos versiones distintas sobre el mismo hecho (confabulación). El entrevistado no tiene la obligación de recordar o saber ciertas cosas, pero el examinador sí la tiene de investigar, pues los datos negativos pueden tener tanto valor como los positivos. Una paciente no pudo recordar

durante la primera entrevista el nombre del médico que la había tratado anteriormente durante varios meses; cuando se percató de que se había sentido rechazada y regañada por él, pudo nombrarlo; intentaba reprimir, junto con el nombre, la emergencia de una situación que le era dolorosa. Otras veces no hay olvido, sino ocultamiento consciente intentando proteger a otras personas u ocultar situaciones que se juzgan desfavorables, pero en estos casos se notan lagunas en el curso de los acontecimientos que indican la omisión. Si al tratar de investigarlas el paciente se angustia, presenta un relato confuso o elude el tema, tenemos un indicio de que algo importante ha sucedido allí. En vez de atosigar con preguntas, intentaremos descubrirlo al abordar otras áreas de la vida del enfermo.

No es necesario precisar fechas exactas en la vida de los pacientes, importa más que el calendario la relación temporal entre los hechos. A veces cuando el padecimiento es de iniciación insidiosa, al contrario de los casos agudos y de corta evolución hasta el momento de la entrevista, difícilmente puede obtenerse exactitud en fechas, pero si es fácil en ambos casos, averiguar las circunstancias de la vida que rodean la aparición de la sintomatología y esto es lo fundamental para la comprensión de la dinámica del conflicto.

Wolberg (64) da una serie de recomendaciones sobre las intervenciones del entrevistador que perturban el establecimiento de una buena relación con el paciente, que considero conveniente resumir aquí:

1.- Evitar exclamaciones de sorpresa o preocupaciones como: "¡Dios mío, qué barbaridad!", "¡Ay, pobrecita!", etc.

2.- Evitar los juicios moralistas y críticos como: "Esto está muy mal, puede llevarlo a graves dificultades", "¿se dá cuenta de que Ud. tuvo la culpa de la dificultad con su jefe?".

3.- Ponerse como ejemplo o mostrarse presuntuoso: "Míreme a mi en cambio, tuve tales y cuáles problemas y vea a donde he llegado".

4.- Minimizar los logros del paciente.

5.- Entrar en discusiones de cualquier tipo, políticas, religiosas, axiológicas, etc.

6.- No debe intentarse forzar al paciente a comunicar material que le parece demasiado traumático, diciéndole que no lo lleva a ningún lado evitar hablar de eso o que debe esforzarse por ayudar a que se le estudie o entienda.

III.- INTERROGATORIO DE LOS SINTOMAS

Ningún síntoma por sí solo tiene valor diagnóstico. Es el síndrome, esto es, el conjunto de síntomas el que nos permite llegar a una conclusión diagnóstica. Además, a diferencia de lo que sucede en la medicina general, en psiquiatría es difícil encontrar cuadros clínicos puros. Esto es fácil de entender si tenemos en consideración que las transiciones entre "salud mental" y neurosis son graduales, lo mismo que entre ésta y las psicosis y que los mecanismos de defensa que intervienen tanto en unas como otras son los mismos, aunque su rigidez, permanencia, extensión y eficiencia sean diferentes. Si tenemos en cuenta el concepto de regresión, vemos que, en sus esfuerzos por buscar una solución al conflicto actual, el paciente retrocede a niveles previos de adaptación, en los cuales logró tal vez, en el pasado, solucionar aunque fuera parcialmente las situaciones generadoras de ansiedad, pero que no abandona totalmente mecanismos y niveles de adaptación superior, por lo que en diferentes síndromes encontramos muchos síntomas similares. Así un esquizofrénico puede presentar fobias y obsesiones, una histérica sentimientos de despersonalización y un obsesivo fallas en el juicio de realidad.

Por lo anteriormente expuesto, es imprescindible obtener en la anamnesis, el cuadro sintomatológico CÓMPLETO del paciente, tanto el actual como los posibles pasados. Esto es fácil si al terminar el paciente de narrarnos lo que probablemente considera sus principales molestias, preguntamos si no hay otras más y continuamos interrogándolo al terminar una segunda o tercera serie de síntomas en la misma forma, hasta estar seguros de haber agotado su repertorio patológico. Procedemos entonces a la investigación de cada uno de los síntomas.

En "Inhibición, síntoma y angustia" (28), Freud señala el mecanismo de la formación de síntomas en términos del intento por parte del yo para permitir una salida simbólica, disfrazada, a una

necesidad instintiva, cuya satisfacción directa en la realidad, fue castigada o resultó amenazante para la autoestima o la conservación de un objeto significativo en la infancia. Al surgir el impulso, el yo da su "señal de alarma", la angustia, cuyo surgimiento pone en acción diversos mecanismos de defensa tendientes a impedir la satisfacción directa e inmediata del impulso, lo primero sería intentar reprimirlo, pero si su fuerza es suficientemente intensa, lo más que puede lograrse es darle una salida indirecta, substitutiva, que por lo mismo no lo agota, tendiendo a perpetuarse y rigidizarse, exista o no ya subsecuentemente la situación externa (tentación o peligro) que provocó su aparición, esto es, constituyéndose en un síntoma.

Si tenemos estos mecanismos in mente, resulta relativamente sencillo hacer una buena investigación semiológica. Antes del inicio del cuadro franco, pudo haber un período de ansiedad, con sus diversas manifestaciones (inquietud, insomnio, hiperirritabilidad, temblores de manos, palpitaciones, sudoración, etc.), o haberse mantenido la angustia poco perceptible, siendo los síntomas ya formados la expresión primera de enfermedad. En ocasiones la angustia es el único síntoma o éstos no han sido suficientemente eficaces para abatirla, persistiendo juntos. El instinto no es observable directamente, lo son sus manifestaciones: afectos, síntomas, fantasías y sólo podemos deducirlo a través de éstos, de la investigación de las circunstancias en la vida del paciente que han rodeado la aparición del síntoma y de la forma característica en la que el enfermo ha enfrentado los requerimientos y dificultades de la vida cotidiana, en el presente y en el pasado. La "ganancia secundaria" es la ventaja que inconscientemente obtiene el paciente a través de sus síntomas, comportándose como si siguiese el proverbio de "si no puedes vencer al enemigo, únete a él", una vez presente el síntoma, se usa para satisfacer diversas necesidades: hostilizar a, o depender de diversas personas, obtener su compasión, compañía, abatir sus demandas, etc. Vemos

así que la vida personal del enfermo, se encuentra relacionada no sólo con la génesis, sino con la permanencia de la patología.

Como claramente lo señala Vale Mayorga (58) se precisa en cada uno de los síntomas: fecha de principio, circunstancias de aparición, causa desencadenante o predisponente, curso, medidas susceptibles de atenuar el síntoma o de intensificarlo, fenómenos asociados, estado actual del síntoma y repercusiones de éste sobre otras áreas del funcionamiento somático y adaptación del paciente. Pero, al igual que con respecto al establecimiento de una buena relación con el enfermo, el interrogatorio de diversos síntomas requiere investigaciones diferentes; por ejemplo, en un dolor inquirimos por su tipo e irradiaciones, pero resultaría absurdo preguntar "hacia dónde corren las voces" en un cuadro alucinatorio.

Para enterarnos de la fecha de principio, usamos preguntas directas: "desde cuándo o qué tiempo hace que está ud. enfermo, tiene angustia, oye veces, etc." y fijamos más la fecha volviendo a inquerir si "antes de esto se sentía bien". En términos muy generales, a mayor cronicidad peor pronóstico en cuanto a posibilidades terapeúticas, no así en relación con posibilidades de adaptación exitosa, pues evidentemente los problemas caracterológicos son, a pesar de su larta cronicidad, tan adaptativos en ocasiones, que las terapias superficiales no los modifican y frecuentemente ni siquiera lo logran psicoanálisis prolongados. Pero también es importante determinar el momento de aparición del síntoma, porque es el dato que permite señalar una época en la que se ha roto el equilibrio entre impulsos, mecanismos de defensa y medio ambiente, pudiéndose deducir a través del análisis de dichos elementos en el tiempo que nos señala la irrupción de la sintomatología, si el fracaso adaptativo se debió a aumento de las demandas del ambiente a un sujeto con pobres recursos para enfrentarlas (el empleado subalterno que presenta una

reacción de ansiedad al ser colocado en situación de mando), a incremento de las tensiones instintivas (la adolescente que comienza a temer a las mariposas al entrar a un colegio mixto), o a ambos. Este análisis nos lleva al segundo aspecto de la investigación semiológica: "circunstancias de aparición del síntoma".

A veces no es necesario interrogar directamente este aspecto, pues el paciente lo aborda espontáneamente, lo que plantea con frecuencia la necesidad de abandonar momentáneamente la investigación semiológica para rastrear una situación vital o relación objetal significativas, como en el siguiente caso:

P.- "Sí, el insomnio y las pesadillas comenzaron hace tres años, a raíz de la muerte de mi papá, a cada rato creía que lo iba a ver, no podía darlo por muerto, pensaba contarle cosas al regresar a casa como si aún estuviera vivo, me culpaba por no haber hecho suficiente para evitar que muriera, debí haberle sugerido a mis hermanos que buscáramos otro médico, en vez de aceptar que viniera a verlo el ayudante del Dr. X que en tres horas no pudo encontrarle la vena para ponerle el suero que recetó el Dr. X, que no quiso regresar a ver a mi papá aunque le hablamos varias veces..."

E.- "¿De qué murió su papá?"

P.- "Tuvo muchas cosas, estuvo mal durante un año, primero un infarto, después debilidad del corazón, luego otro infarto y lo último nunca se supo si era una infección del estómago o de los pulmones, pulmonía..."

E.- "Parece que la muerte de su papá lo afectó mucho. Cuénteme más de él". Al agotar el tema familiar, que se mezcló con la relación del paciente con su padre, se prosiguió la investigación semiológica.

Importa al tratar de determinar las circunstan

cias en las que aparecen los síntomas por primera vez, no conformarse con respuestas insignificantes como "la primera vez que oí las voces estaba lavando ropa". No se discute la veracidad del aserto, pero tenemos obligación, por nuestros conocimientos de psicopatología y psicodinamia de recordar que un hecho tan banal no es susceptible de desencadenar sintomatología tan severa. El contenido del pensamiento en ese momento, puede darnos la clave del conflicto que subyace en el síntoma, siendo por tanto pregunta necesaria la de "¿Recuerda Ud. que estaba pensando en ese momento?". Si a nuestro "¿qué pasó antes de que se le paralizara el brazo?" el paciente nos relata una pelea con la esposa, por ejemplo, tenemos un caso opuesto al anterior, en el cual hay un motivo suficientemente válido para desencadenar la sintomatología y un indicio para buscar en la historia personal del enfermo, posteriormente, las perturbaciones en el manejo de la agresión y las fuentes infantiles que las han generado. Es conveniente que la formulación de las preguntas sea clara y precisa, para evitar que pacientes con pensamiento muy concreto, o aquellos que tratan de ridiculizar al entrevistador dan respuestas inútiles por su obviedad. Por ejemplo:

E.- "¿Qué pasó cuando se le paralizó el brazo?".

P.- "No lo pude mover".

En términos generales la causa desencadenante es a los síntomas somáticos lo que las circunstancias de aparición a los estrictamente psíquicos, traumatismos, infecciones, intoxicaciones, etc., constituyen la razón suficiente para desencadenar diversos tipos de síndromes cerebrales. En íntima relación con los dos últimos temas tratados, se encuentra la investigación de las medidas o circunstancias susceptibles de atenuar o intensificar el síntoma. Saber con qué aumenta o se calma un dolor, en qué circunstancias presenta angustia un pa

ciente y qué medidas utiliza para calmarla, nos da elementos diagnósticos importantísimos y valiosas señales para la comprensión psicodinámica del caso. Así por ejemplo, los dolores de origen orgánico sufren modificaciones de intensidad en concordancia con alteraciones en la posición del segmento corporal afectado, mientras los histéricos varían de acuerdo con circunstancias afectivas. Si la angustia sólo aparece cuando el paciente se encuentra en espacios cerrados y se calma con la compañía del padre, diagnosticamos claustrofobia y pensamos en la posible existencia de problemas en la relación con la madre, hipótesis que descartaremos o confirmaremos al investigar en detalle las características de dicha relación, etc.

Las características formales del síntoma en sí, son igualmente importantes con fines diagnósticos y psicodinámicos. No intentaré desglosar el interrogatorio de cada uno de los posibles síntomas presentes en la enfermedad mental, porque además de que alargaría al infinito este ya de por sí extenso trabajo, seguramente de todas maneras, la revisión sería incompleta. Sólo trataré algunos de los síntomas que me parecen más frecuentes e importantes para el diagnóstico y especialmente los que pudieran dar lugar a confusión entre organicidad y origen psíquico.

Los psiquiatras clásicos, como Mira y López (44) y Vallejo Nágera (59), estudian minuciosamente las modalidades formales de las alucinaciones, en un intento descriptivo que substituye a la comprensión dinámica. Si tenemos en cuenta que la alucinación es producto de la negación de un impulso, que se proyecta al mundo externo en forma distorsionada y simbólica, (plástica además en el caso de las alucinaciones visuales), como desde 1894 comenzó a mostrarlo Freud en "Las neuropsicosis de defensa" (22), en su magistral "Interpretación de los sueños" (23) de 1900 y posteriormente en su estudio del caso Schreber (25), nuestra investigación del síntoma se simplifica, pues la claridad, movilidad, lo in-

tra o extracampino, etc., pierden relevancia en función del contenido de la alucinación.

Interesa conocer el tipo de alucinación, porque oír como procedentes del exterior los propios pensamientos, implica un grado menor de regresión (tal vez la presencia de una esquizofrenia incipiente) que la típica alucinación auditiva en la que el paciente ya no reconoce como ideas suyas las voces que escucha, éstas a su vez son menos regresivas que las alucinaciones visuales, las olfativas, del gusto y cenestésicas son aún más primitivas. Estas últimas se presentan también en los cuadros de intoxicación exógena como alcoholismo y cocainismo. Se usa, en la investigación de alucinaciones, el mismo lenguaje con el que las designa el paciente: voces, visiones, revelaciones, etc. El contenido se determina preguntando qué ven u oyen y si pueden identificar alguna de las voces. Con esto se pretende conocer la naturaleza del impulso cuya represión ha fracasado, si predomina frente a él la culpa, el temor al castigo o mecanismos compensatorios en los que el paciente, elegido de Dios, escucha música celestial, voces de santos, etc.

Desprovistos de las características perceptuales de la alucinación, los delirios constituyen trastornos del pensamiento, cuyo contenido se investiga en forma similar al de aquéllas. ¿quién persigue al paciente?, ¿debido a qué?, ¿qué quieren hacerle?, ¿intenta protegerse de alguna manera? y finalmente ¿cuál es su reacción emocional? (miedo, indiferencia, placer, etc.) frente a delirios y alucinaciones. Mientras más maniobras realice el paciente para librarse de estos síntomas, más indicios existen de alejamiento de la realidad, pues existe incapacidad de rectificar la anomalía perceptual; pero por otra parte, la carencia de respuesta afectiva, es índice de mal pronóstico, ya que implica ausencia de lucha frente a la patología. Alucinaciones y delirios no sólo se presentan en las reacciones psicóticas llamadas endóge-

nas, sino también en cuadros febriles, intoxicaciones y diversos síndromes cerebrales (epilepsia, demencia senil, etc.)

Aún antes de la exploración y obviamente sin substituírla, un buen interrogatorio puede ya llevar al diagnóstico diferencial entre lesión orgánica y conflicto psíquico, como sucede con algunas perturbaciones de la sensopercepción y de la motilidad. La investigación cuidadosa del sitio, irradiaciones, tipo, causas exacerbantes, intensidad y respuesta emocional al dolor o perestesias, la distribución de parálisis o paresias, permiten una discriminación entre organicidad y conversión, ya que la histeria "no sabe de anatomía" y tampoco la esquizofrenia. En efecto, entre los síntomas hipocondríacos precursores o acompañantes de algunos cuadros esquizofrénicos, no es raro encontrar dolores o parestesias, cuya descripción bizarra, permite diferenciarlos de los de procedencia orgánica o histérica. Un paciente esquizofrénico, relató que cuando le dolía la cabeza, se le "salía por el cogote el líquido cerebral y los sesos". Esta descripción corresponde evidentemente a una interpretación alucinatoria, delirante, de un dolor. Se acompañaba de indiferencia afectiva, dato difícilmente encontrado en traumatizados craneoencefálicos en los que ha habido una pérdida importante de substancia ósea y que, o bien presentan francas alteraciones de la conciencia o una intensa angustia al percatarse de la gravedad de su lesión.

La distribución de las alteraciones sensitivas o motoras sigue, en los cuadros orgánicos, el trayecto de las correspondientes ramas nerviosas; su límite, por tanto, no coincide con el de la porción corporal afectada. Esto es, una parálisis de la mano se extiende más allá de la muñeca a alturas variables en las caras anterior y posterior del antebrazo, afectando también la motilidad de este segmento corporal. Los movimientos más finos son los más afectados en las parálisis orgánicas incompletas, hay alteraciones de los reflejos, etc. En cam

bio en los sujetos histéricos, parálisis o dolores siguen una distribución y localización peculiares; puede doler una zona de la cara externa del muslo redonda, de 10 cms. de diámetro, fija y sin irradiaciones, o estar exclusivamente paralizado un pie, pero conservándose la movilidad del tobillo, situaciones imposibles de darse según la distribución de los nervios periféricos. Además, en la histeria se encuentra frecuentemente el relato tranquilo (bella indiferencia) o teatral de los síntomas, situación que no existe en el orgánico, como tampoco la posibilidad de que una mano paralizada pueda recoger alfileres o ensartar agujas.

Investigadas las características formales o contenido del síntoma se procede a determinar su curso o evolución. A partir de la fecha de iniciación ¿ha permanecido el síntoma sin variaciones o ha aumentado de intensidad, disminuído, o fluctúa, presenta períodos de remisión y reaparición?. El aumento en la severidad del síntoma psicógeno implica que los recursos defensivos y adaptativos puestos en juego por el yo, no han sido suficientes para reestablecer un equilibrio, así sea éste patológico y que podemos esperar, por tanto, la aparición de nuevos síntomas y/o la pérdida de la capacidad adaptativa del sujeto en sus diversas áreas de expresión vital. Lo contrario implicaría su disminución, aunque en este caso, será necesario investigar la existencia de cambios en las circunstancias ambientales que hagan innecesario un gran esfuerzo defensivo por parte del yo. Es ampliamente conocida la "remisión espontánea" de los síntomas, pero también es sabido que una vez formado uno en un intento de resolver alguna situación conflictiva, la vía así abierta es utilizada para la expresión de otras luchas defensivas, que lo refuerzan y hacen perdurar una vez extinguida la causa eficiente y primera que provocó su aparición. Este es el caso frecuente en la persistencia de un síntoma que se atenúa. El contacto prolongado con personas idóneas para satisfacer ciertas demandas del paciente, cambios financieros, sociales, etc.,

al modificar las condiciones energéticas del aparato psíquico, alteran la intensidad del síntoma. La aparición de síntomas nuevos puede también disminuir la severidad de la patología inicial igualmente por redistribución de las energías catécticas.

Lo anterior es aplicable así mismo a las variaciones cotidianas o periódicas en la intensidad de los síntomas, a sus remisiones y reapariciones. Aquí lo importante no es dar un horario o fecha exactas, puramente estadísticas, sino investigar cuáles pueden ser las posibles circunstancias que condicionan las fluctuaciones. Nada nos dice el que la primera crisis de angustia de un paciente haya durado 15 días, después de un intervalo de 2 meses haya presentado otra de un mes de duración y que consecutivamente a un período asintomático de 3 semanas vuelva a angustiarse y acuda a consulta. La búsqueda cuidadosa de estas circunstancias desencadenantes o agravantes, puede permitir incluso la sospecha de una condición epiléptica si encontramos, por ejemplo, episodios confusionales o estados disociativos (fuga) sin una relación franca con situaciones de conflicto emocional. Por otra parte, la repetición de las mismas o similares circunstancias coincidentemente con la intensificación o agravamiento de la patología, permite identificar con mayor seguridad la situación que resulta amenazante para el paciente: deseo o temor a la agresión, sexualidad genital o pregenital, ligamen afectivo, tendencias pasivas, dependientes, etc., como podemos ver en el siguiente caso:

El paciente, de 21 años, ingresó al hospital traído por su familia, debido a excentricidades en la conducta: vagaba por el pueblo donde vivía, había abandonado los estudios, se negaba a trabajar, era descuidado en su aseo y arreglo, dormía de día y permanecía en vela durante la noche, se pasaba horas enteras en el mingitorio y hablaba en forma "rara". Esta era la tercera vez que presentaba el cuadro descrito, cuyas características fueron en las dos veces anteriores muy similares a las actua-

les. En la primera ocasión que se presentó la sintomatología el paciente tenía 14 años, comenzó a sentirse angustiado y confuso a raíz de haber encontrado a su madre tirada en el suelo, desnuda y llena de excrementos, con los ojos abiertos, fijos, pero sin responder a sus llamados y llanto. Cuando se la llevaron al manicomio, él comenzó a rondar el sanatorio intentando verla a través de los barrotes de la cerca, no podía pensar claramente, se le embrollaban las ideas, no podía dormir, no se percataba de que echaba a andar sin rumbo y al "volver en sí" se angustiaba más al ver que se había perdido, no atinando cómo volver a su casa. Comenzó a masturbarse muy intensamente por las noches y a ingerir su semen para fortalecerse el cerebro. La sintomatología no remitió al retornar la madre a casa y el paciente fue internado en un sanatorio psiquiátrico porque al padre le molestó mucho que llegara una vez sin los zapatos nuevos que le había comprado (se puso a jugar futbol callejero descalzo y lo robaron).

Después de una serie de electrochoques y 3 meses de internamiento, quedaron como sintomatología residual los trastornos del pensamiento (bloqueos e incoherencia en situaciones afectivas), la masturbación compulsiva (que disminuyó de intensidad) y el insomnio que coincidía con diversas preocupaciones escolares, con respecto a su futuro, al bienestar de sus familiares, etc. Logró terminar la Secundaria a los 18 años y al empezar a trabajar, comenzó a tener problemas con su madre por el manejo de su salario, se salió del trabajo, volvió a vagabundear y progresivamente se reinstaló el cuadro inicial, que cedió después de 15 días de internamiento y medicación con psicofármacos; pero ya en esta ocasión el pensamiento quedó permanentemente alterado, circunstancia que motivó un rotundo fracaso en los estudios de Preparatoria que intentó efectuar simultáneamente con su trabajo en una fábrica, en la que el padre era capataz. Gracias a él pudo conservar el empleo a pesar de repetidas ausencias y fallas provocadas por su "incapacidad

para concentrarse", lo que también originó dos accidentes en los que estuvo a punto de perder la vida. Estaba permanentemente preocupado por su incapacidad para desempeñarse bien en la vida y por ser una carga para su familia, lo que no le permitía concentrarse ni en el estudio ni en el trabajo, hasta que poco antes del internamiento que refiero, su madre lo corrió de la casa diciéndole que no servía para nada. Un tío lo encontró vagando en una ciudad fronteriza, completamente sucio y hablando incoherentemente por las calles, recogía basura que se llevaba a la boca, se echaba la ceniza del cigarro en la bolsa de la camisa y repetía constantemente la palabra "mendura". Este cuadro, unido al anteriormente citado, provocaron su nuevo internamiento.

A partir de la quiebra inicial este paciente, esquizofrénico hebefrénico, nunca estuvo asintomático, pero la exacerbación de la sintomatología se encuentra en franca relación con problemas alrededor de la figura materna: enfermedad y situaciones generadoras de agresión y culpa. Aún antes del tratamiento psicoterapéutico que se instituyó, podía deducirse a partir del interrogatorio, que la psicosis de la madre lo había angustiado cuando menos por amenazarlo con perder a su objeto y que tal vez se sentía culpable de su enfermedad, la expiación consistiría entonces en castigarse enfermando él por haber dañado a su objeto y en agravarse cada vez más en situaciones en las que con la rabia provocada por la conducta de la madre, sintiera deseos de atacarla. Además, enloquecer como la madre, era permanecer unido a ella. La importancia de una correcta valoración psicodinámica es innegable, pues permite entre otras cosas, la institución de una psicoterapia adecuada, en la que la terapeuta puede asumir desde un principio el "rol" adecuado para el establecimiento de una buena relación terapéutica, vigilando las situaciones que pudieran despertar la angustia del paciente al generar su hostilidad o culpa, con la finalidad de evitar, en lo posible, un incremento de la regresión y deterioro del enfermo.

Ni en un paciente tan dañado como el que presento ni en muchos otros con poca capacidad de introspección, puede esperarse que describan la sucesión causa desencadenante o exacerbante-síntomas que aquí consigno. Esta es con mucha mayor frecuencia producto de una conexión que hace el entrevistador y confronta con la aceptación o negativa del enfermo. La respuesta de éste a la pregunta: "¿qué pudo haberlo afectado tanto que se sintió confuso y angustiado?", fue en el caso citado, como es habitual "Sabe...". Pero al investigar la historia familiar se obtuvo el dato de la enfermedad de la madre a la edad en que sobrevino la primera quiebra del paciente. Al notar la coincidencia pregunté si "ya se sentía confuso antes de enfermar la madre" y el paciente respondió que no, que había enfermado después, mientras su madre estaba en el manicomio.

Durante la investigación del curso de la enfermedad pueden obtenerse datos con respecto a la aparición de nuevos síntomas, o desaparición de otros que acompañan al o a los síntomas más conspicuos y a los fenómenos a ellos asociados. Así por ejemplo, en la migraña el síntoma predominante es la hemicránea, pero típicamente se asocian a ella fotofobia o fosfenos y náusea o vómitos. En las crisis de gran mal se presentan las convulsiones tónico-clónicas y la incontinencia urinaria, lo que permite entre otros datos, diferenciarlas de convulsiones histéricas. La angustia se acompaña o se delata por alteraciones vasomotoras que provocan taquicardia, temblor y/o sudoración de las palmas de la mano, aumento en la frecuencia excrementicia, alteraciones del apetito, del sueño, del ritmo respiratorio, etc.

El síntoma es un esfuerzo adaptativo, si bien a niveles regresivos, pero su aparición puede no mejorar, sino empeorar la adaptación. Es como si para favorecer la consolidación de una fractura, el ortopedista enyesara de tan mala manera el miembro afectado que produjera una gangrena, que requiriera de la amputación del brazo o de la pierna.

Así el esfuerzo defensivo del yo puede sobrepasar el nivel óptimo y provocar síntomas que interfieren más o menos severamente con la vida del enfermo. En términos generales, a mayor cantidad de áreas de expresión vital libres de la interferencia de la patología, mejor pronóstico en cuanto a la futura adaptación y logros del paciente, aunque no necesariamente con respecto a la desaparición del síntoma en cuestión. En relación con este tema investigamos si el síntoma impide relaciones sociales, sexuales, interfiere con la vida familiar, con el trabajo, con el logro de diversas satisfacciones, etc. En muchas ocasiones estos aspectos ya han surgido en el relato de la enfermedad actual, en otras es necesario investigarlos directamente u obtenerlos al explorar las distintas áreas de la vida del paciente.

Esta exploración permite en ocasiones determinar la ganancia secundaria de la enfermedad, confundida frecuentemente con el "para qué" del síntoma, cuando en términos dinámicos lo que realmente determina el síntoma es el compromiso entre defensas y exigencias instintivas, superyoicas o yoicas. Aunque como anteriormente se ha dicho, puede utilizarse la patología para obtener satisfacción de diversas necesidades a partir de los objetos significativos a los que se la enfrenta. Así la Sra. que se pasa días enteros en cama, presa de una depresión, además de autocastigarse evade las responsabilidades del cuidado de la casa, el satisfacer las demandas de sus hijos y esposo, atrae su atención, etc., pero no se ha deprimido para esto. Igualmente no se psicotiza o droga un joven para evitar trabajar o estudiar.

Finalmente nos interesa conocer la opinión del paciente con respecto a su sintomatología, si exagera o minimiza la enfermedad, o si llega incluso a negar que está enfermo a pesar de la existencia obvia de patología. Esto nos permite una valoración inicial del grado de alteración del juicio de realidad si la enfermedad se niega, o de la incapacidad del síntoma para controlar la angustia si el concep

to de enfermedad resulta exagerado. Es también importante determinar el grado de responsabilidad que se atribuye al paciente con respecto a su patología, pues de esta manera podemos encontrar tendencias proyectivas o por el contrario una buena capacidad introspectiva, elemento imprescindible para llevar a cabo una psicoterapia de tipo reconstructivo, pero no para otras técnicas, es decir, para hacer una buena indicación terapéutica. En cuanto al pronóstico no es tan importante si el paciente se reconoce o no enfermo y si espontáneamente acepta su responsabilidad en lo que le acontece, ya que pacientes resistentes con un buen manejo terapéutico, resultan a la postre abordables.

Resumiendo lo anteriormente dicho, la investigación de los síntomas incluye la determinación de la fecha o época de iniciación (desde cuándo); circunstancias o causas desencadenantes o predisponentes (por qué); características o contenido, curso o evolución y medidas susceptibles de atenuarlo o intensificarlo (cómo); fenómenos o síntomas acompañantes; repercusiones sobre la adaptación del paciente y concepto de enfermedad.

La investigación semiológica debe llevar siempre desde el inicio de la enfermedad, hasta el momento en que se entrevista al enfermo.

IV.- HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

Cada modelo de historia clínica plantea un orden convencional para el registro de los datos obtenidos en la exploración de la vida y relaciones del enfermo mental. Pero en la realidad de la entrevista no existe un orden fijo y por el contrario, el seguir una pauta rígida interfiere con el establecimiento de una buena relación con el paciente, pues éste puede pasar por ejemplo, del relato de las dificultades con su padre a las que actualmente tiene con su jefe e intentar "centrarlo en el tema" puede no sólo hacer que cese de aportar material espontáneo que ayuda a su comprensión sino también puede llevar a que se pierda la oportunidad de comparar las similitudes y diferencias en el manejo de problemas similares en distintos períodos del desarrollo, esto es, la adquisición o falta de ella, de nuevas técnicas para enfrentar situaciones conflictivas.

Estas consideraciones no implican de ninguna manera que el entrevistador quede a merced del paciente o se conforme con respuestas insuficientes, pero interrogatorio completo no es sinónimo de interrogatorio policiaco. Es esencial respetar la libertad del paciente para aportar material asociativo relevante. Sólo se interrumpe lo banal o repetitivo. Cuando la disgresión a través de asociaciones significativas se agota, puede optarse por volver al tema inicial o por aclarar los aspectos importantes del surgido espontáneamente. Una buena pauta para elegir entre ambas opciones es valorar la importancia que afectivamente tienen una u otra para el paciente, grabando in mente el tema que queda por explorar para abordarlo bien en relación con algún otro material, bien directamente o en ocasiones posteriores, al agotarse el caudal asociativo.

Hechas estas salvedades abordaré el orden artificial con que se consignan los datos personales y familiares del paciente, tomado de Menninger (43), Wolberg (64) y Vale Mayorga (58).

A).- FICHA DE IDENTIFICACION.- Nombre, edad, nacionalidad, estado civil, ocupación, lugar de nacimiento, de residencia, escolaridad, fuente de referencia.

Menninger y Wolberg incluyen en este apartado datos como raza y religión, salario, etc., que pueden ser sumamente importantes en países donde los grupos étnicos se mantienen rígidamente separados formando casi culturas diferentes. Me ha parecido conveniente excluirlos porque más que calificativos me parecen discriminatorios. También incluye la ficha de identificación la consignación del sexo del paciente, pero esto no es motivo de interrogatorio, aunque evidentemente sí de identidad e identificación, sólo que el presente trabajo no versa sobre la manera de consignar, sino de recolectar datos pertinentes a la comprensión del enfermo mental.

Generalmente no es necesario preguntar ex profeso los datos correspondientes a este capítulo, excepto tal vez el nombre, si se ignora en el momento de la primera entrevista, pues en uno u otro momento de su relato, el paciente alude a la cronología de su enfermedad o de diversos aspectos de su vida, que, llevándonos al tiempo presente nos permiten calcular su edad y corroborar o no nuestro cálculo según la respuesta afirmativa o negativa del enfermo y siempre de acuerdo con ella. Las entrevistas que comienzan burocráticamente por el interrogatorio de los datos de identificación, son inadecuadas porque hacen frecuentemente que el paciente se sienta más fuente de informes estadísticos, que persona cuya problemática se intenta comprender. Hay que tener la confianza de que lo estadístico necesario surgirá en el curso de las entrevistas y de que siempre habrá tiempo al final de ellas para completar lo faltante. Es importante confrontar la credibilidad de la edad aportada por el paciente tanto con los datos cronológicos de su historia como con la llamada "edad aparente", es decir, con la edad que representa a juicio del entrevistador. Las discrepancias entre edad confesada y la deducida por

otros datos históricos puede aportar evidencias significativas de amnesia anterógrada o de negación a aceptar el envejecimiento, también puede ser producto de estados confusionales. Una paciente dijo tener 46 años, pero en el relato de su infancia comunicó diversos incidentes de la Revolución claramente recordados, su aspecto físico tampoco correspondía a la edad confesada. Esto llevó a la exploración de su orientación temporal, encontrándosela alterada. Es menos frecuente que los pacientes esquizofrénicos alteren su edad, a menos que el contenido de delirios o alucinaciones implique la necesidad de una falsificación cronológica. En este caso puede encontrarse a pacientes que afirman ser bebés de tres meses, cuando obviamente observamos a un ser adulto. Es raro que las pacientes que acuden en búsqueda de ayuda psiquiátrica oculten propositivamente su edad real. Sólo he observado en mi práctica profesional a una mujer con ciertos conocimientos mal entendidos sobre psicoanálisis, que durante un tiempo me ocultó, al igual que lo hacía con todas sus amistades, que tenía ocho años más de los que confesaba. La razón superficial que adujo ante este hecho fue que temía no ser aceptada en terapia porque estaba muy cerca de los cuarenta y esto era una "contraindicación" para el tratamiento; siendo lesbiana temía que su edad la hiciera menos atractiva a los ojos de sus posibles parteneres. La realidad resultó ser que, disminuyendo su edad en ocho años, anulaba el nacimiento de todos sus hermanos menores, satisfacía así el anhelo de haber sido la hija no desplazada, no abandonada por la madre. De los ejemplos anteriormente citados puede desprenderse la importancia semiológica y no meramente estadística de la posible discordancia entre edad cronológica, aparente y confesada.

Con respecto a la edad es también necesario tener en cuenta que hay cuadros patológicos más frecuentes en algunas épocas de la vida que en otras. El mismo antiguo nombre de la esquizofrenia: demencia precoz nos indica la eclosión tempra

na, en adolescentes y adultos jóvenes de la patología, a diferencia de la demencia senil que aparece alrededor de la sexta década de la vida. En términos generales los cuadros paranoicos y maníaco depresivos tienden a aparecer más tardíamente que los esquizofrénicos y las enfermedades degenerativas como la de Alzheimer cursan frecuentemente con manifestaciones de envejecimiento prematuro. Las hereditarias o congénitas se manifiestan desde el nacimiento o la infancia, etc. Es decir, la edad puede brindar un elemento más para la configuración de un diagnóstico adecuado.

Importa la nacionalidad del paciente en función de la posibilidad de entender algunas de sus manifestaciones no como expresión de patología, sino como producto de patrones culturales diferentes a los del entrevistador, pero totalmente normales y adaptativos en el país de origen. Así no podemos calificar de fóbica a la suiza que habiendo iniciado relaciones sexuales en su país a los 18 años se siente verdaderamente incómoda en nuestras calles cuando recibe piropos subidos de tono o proposiciones sexuales más o menos directas, situaciones ni siquiera imaginables en su país. Tampoco puede tildarse de pasivo, con tendencias femeninas al sueco que se queda a cuidar a sus hijos mientras su esposa asiste a un congreso sobre citoquímica. Pero también con nuestros connacionales es necesaria la cautela al juzgar de la normalidad o anormalidad en cuanto a pautas de conducta que se apartan de lo convencional. Es un error diagnóstico, que revela rigidez por parte del entrevistador, calificar de patológica una conducta por el solo hecho de apartarse de las normas estatuídas en una sociedad dada. Recordemos que no hay criterios absolutos de "normalidad", que cualquier definición al respecto resulta vaga e incompleta y que una sola manifestación o un conjunto sistemático y racional de ellas, basado en elementos realistas e históricamente condicionados no puede calificarse de patología.

La nacionalidad, los lugares de origen y resi-

dencia, moldean no sólo la conducta explícita sino aún la implícita del individuo. Las modalidades de expresión de los afectos son diferentes para el sujeto del altiplano que para el de la costa o el que procede de una comunidad indígena. Para calificar a una persona del Bajío de evasivo porque elude llamar a las cosas por su nombre, a un alvaradeño de "fijado a la etapa anal" porque usa un lenguaje más o menos coprolálico, o a un indígena de poseer "afecto aplanado", porque sus rasgos faciales demuestran poca movilidad afectivamente determinada, necesitamos recurrir a una exploración minuciosa de todas sus áreas de funcionamiento y de las modalidades que determina su habitat con respecto a la manifestación que pretendemos calificar. Menos importante que en medicina general es un cuanto al enfermo mental el lugar de residencia en sí, ya que tanto en el campo como en la ciudad se presentan padecimientos psicógenos. Las estadísticas tienden a mostrar que las ciudades son más favorecidas en cuanto a la incidencia de neurosis, mientras en los núcleos periféricos y marginales hay más psicóticos. Sin embargo estos datos requieren de un análisis riguroso, pues muchos factores ocultan la incidencia real de la patología mental. Las comunidades rurales, con menos exigencias competitivas, toleran muchas más deficiencias y "excentricidades" que algunos ambientes citadinos y viceversa. Por otra parte, cuando el cambio de residencia implica un enfrentamiento a pautas culturales, a medios instrumentales totalmente ajenos al individuo, la capacidad de adaptación puede resultar inferior a los recursos del individuo y llevarlo a quiebras más o menos transitorias de su equilibrio mental. El futuro del desequilibrio dependerá como siempre del interjuego entre el equipo genético y la historia del afectado y de las posibilidades que le brinde su nuevo medio ambiente. En la situación de desarraigo del suelo natal, el proceso de aculturación puede verse interferido desde el exterior o el interior del sujeto. Rosario Castellanos llora el desarraigo y la incapacidad para adaptarse a las modalidades de una nueva

cultura:

Vine de lejos. Olvidé mi patria.
Ya no entiendo el idioma
que allá usan de moneda o de herramienta.
Alcancé la mudez mineral de la estatua.
Pues la pereza y el desprecio y algo
que no sé discernir, me han defendido
de este lenguaje, de este terciopelo
pesado, recamado de joyas, con que el
pueblo donde vivo, recubre sus harapos..

Aunque en rigor la cronología de los cambios de residencia no corresponde a la ficha de identificación, sino a la historia personal, es lógico que en el decurso asociativo del paciente surja en ocasiones este tema que como vemos no carece de importancia. El momento de abandono del suelo natal, con todas sus implicaciones afectivas, de pérdida de marcos de referencia conocidos, de formas de expresión aceptables, de vínculos con amistades y parientes, no afecta por igual al infante que al adolescente ni a éste que al adulto. Tampoco produce el mismo efecto emigrar junto con toda la familia que sólo, etc. Aquí al igual que con respecto a la cronología de los síntomas, lo importante no son las fechas desnudas, sino las circunstancias que rodean al suceso en cuestión.

La escolaridad y ocupación del paciente pueden dar indicios sobre las capacidades, aptitudes, fortaleza yoica del paciente, búsqueda de un ambiente propicio para salvaguardar la patología, estrato socioeconómico original y actual, etc. Como con respecto a la edad, confrontamos el aserto del paciente con lo que observamos en sus actitudes y lenguaje, unos y otros pueden concordar o no y en este último caso, la discrepancia puede ser por defecto o exceso. El grado de escolaridad depende tanto de la capacidad intelectual del sujeto, como de las circunstancias ambientales que le han rodeado en la infancia: indiferencia o incapacidad económica de los padres, falta de recursos educativos en la comu

nidad, etc. En un paciente citadino de clase media o alta el haber terminado únicamente la primaria puede apuntar a deficiencia mental o a patología que ha comenzado a manifestarse desde la adolescencia. En cambio, la paciente que sólo terminó la primaria, procedente de una familia de escasos recursos, pero que se expresa no sólo correcta sino sofisticadamente, nos habla de una capacidad intelectual superior al promedio y de haber estado sujeta a influencias extrafamiliares que favorecieron la adquisición extra-académica de un buen nivel cultural. El profesionista de cierta edad que a pesar de anteriores éxitos profesionales se expresa con lenguaje pobre y difícilmente se da a entender, puede ser presa de un síndrome vascular o tumoral cerebral, etc.

La fuente de referencia importa en tanto que aporta elementos de juicio para valorar la capacidad del paciente para percatarse de su patología. El máximo grado lo posee quien busca ayuda directamente o sólo se asesora con amigos, familiares o médico familiar con respecto a la persona (no la especialidad) a quien debe recurrir. Esto implica buen nivel cultural y juicio de realidad. Siguen en orden decreciente el que es consciente de sus perturbaciones, pero ignora quién puede ayudarlo con ellas y es referido por médicos o familiares que lo "diagnostican"; el que acude para apaciguar a algún objeto significativo en su vida que amenaza con abandonar si no se cambian algunos aspectos de la relación o modalidades caracterológicas del sujeto; por último, aquél a quien traen los familiares o autoridades porque es totalmente inconsciente de su patología o porque el grado de alteración mental le impide actuar en forma organizada para buscar la ayuda que siente necesitar. El pronóstico en cuanto a un caso dado no tiene relación 1:1 con el grado de consciencia de enfermedad, como ya se dijo anteriormente, pero sí permite explorar en una área más, el funcionamiento del juicio de realidad y por tanto de la fortaleza e integridad yoicas.

En cuanto al estado civil importa la capacidad o ineptitud del paciente para formar ligas íntimas, duraderas y estables con sus objetos. La incidencia de trastornos mentales es más alta entre solteros y divorciados que entre viudos y casados. La soltería no es necesariamente denotadora de homosexualidad, igual que un matrimonio puede ser la fachada que se presenta a la sociedad para ocultarla, pero si se unen soltería y actitud evasiva frente a la investigación del área sexual, puede sospecharse que el paciente oculte por temor al rechazo o crítica del investigador el ejercicio de actividades o fantasías perversas.

B).- HISTORIA FAMILIAR.- Características socioculturales, edad y características de los miembros de la familia, relaciones del paciente con su familia, características del ambiente emocional, actitudes de la familia hacia el trabajo, sexo, agresión, enfermedad, religión, educación, ambición, dinero, independencia. Antecedentes patológicos hereditarios y familiares.

Exceptuando algunas enfermedades somáticas que se acompañan de síndromes mentales, como la degeneración hepatolenticular de Wilson, las lipoidosis (idiocia amaurótica familiar o enfermedad de Tay-Sachs, enfermedades Niemann-Pick y Gaucher), etc., los estudios sobre herencia en las enfermedades mentales no son definitivos. Pero la existencia de neurosis o psicosis en la familia del paciente, no deja de tener importancia, ya que el contacto con personas enfermas implica la posibilidad del establecimiento de intercambios personales patológicos, condicionados por los adultos que conviven con el niño, que además debe aceptar conceptos y normas inadecuados. Nada puede sorprendernos el que la hija de un paranoide sea hipersensible e hipervigilante de las actitudes y palabras con que se dirigen a ella los demás, ni que el hijo de una esquizofrénica tenga notables lagunas en ciertas áreas de su juicio de realidad. Los antecedentes sifilíticos de los padres pueden explicarnos el cuadro de Parál-

lisis General Progresiva, en un joven de 20 años, congénita, pero no hereditariamente sifilítico. La patología mental severa y también la orgánica entre familiares muy cercanos al paciente, puede despertar temores, depresiones o sentimientos agresivos que marquen indeleblemente la vida del enfermo, según el tipo de relación con el familiar afectado y la edad del sujeto que sufre el impacto de la enfermedad o muerte de un objeto significativo. En páginas anteriores describí el cuadro de un esquizofrénico hebefrénico cuya primera quiebra se presenta a los 14 años, consecutivamente a un episodio psicótico de la madre. El era el cuarto hermano; los dos mayores poco sufrieron en cuanto a su adaptación por la enfermedad de la madre. El hermano inmediatamente mayor logró terminar una carrera universitaria, pero presentó también una esquizofrenia (de tipo paranoide), poco después de graduarse y otros dos hermanos menores requirieron atención psiquiátrica durante la adolescencia. Una de mis pacientes se vió obligada desde la infancia a cuidar de una hermana paralítica; se las arregló para desplazar de su hermana hacia ella la consideración y simpatía de la gente y en la edad adulta le era imposible tolerar sin severos resentimientos no ser centro de la atención de los demás.
Otra mujer joven, había sido una niña muy sana, pero su hermana mayor padecía infecciones diversas con mucha frecuencia, lo que le valía ser protegida por la madre y eximida de diversas labores y obligaciones. Al llegar al término de una carrera profesional, la paciente comenzó a presentar diversas molestias somáticas, nunca claramente diagnosticadas, como expresión de rechazo frente a las responsabilidades de una vida adulta, independiente y de rivalidad en contra de la hermana que sentía favorita de la madre. Los antecedentes patológicos familiares surgen parcialmente durante los relatos referentes a miembros de la familia o a la vida del paciente, pero aquí si es necesario investigarlos propositivamente en un momento u otro de la entrevista, para tener la seguridad de no omitir su consideración, que como vemos puede ser de

gran importancia para la comprensión de ciertos rasgos más o menos patológicos, o aún de la enfermedad actual del paciente.

Al igual que la historia familiar patológica, las condiciones socioculturales pueden condicionar y explicar parcialmente la patología o caracterología del paciente. Algunos de los aspectos referentes a este tema ya fueron tratados en relación con escolaridad, nacionalidad, lugar de procedencia, etc. La familia, como perpetuadora o cuestionadora de un orden social o un estatus económico dados, impone a sus miembros los patrones correspondientes a una cultura determinada o aquéllos que constituyen una reacción en contra de lo establecido. Pero a su vez el sujeto puede haber aceptado sumisa o rebeldemente las normas que se le intentaron imponer intrafamiliarmente, o simplemente, su patología puede haberlas disuelto aún en contra de su voluntad. Para valorar justamente estas posibilidades, es necesario conocer cuál fue el ambiente en el que se desenvolvió el paciente. No se nos ocurriría calificar de psicótico al indígena que presenta un rico pensamiento mágico, pero seguramente pensaremos en tal posibilidad si nuestro entrevistado es hijo de profesionistas altamente sofisticados y racionales.

He tenido oportunidad de revisar algunos historiales clínicos en donde se confunde la valoración de los aspectos socioculturales significativos para la comprensión del paciente, con una hoja de mal trabajo social, en donde se consigna el sueldo que ganaba el padre, el material del que estaban construídas las paredes de la casa del paciente y el paisaje idílico y exuberante del trópico en el cual se ubicaba, pero que nada informan sobre la forma en la que ese padre satisfacía las necesidades de alimentación y comodidades de la familia, ni de la reacción del paciente frente a las limitaciones económicas o a la sobreabundancia de satisfactores materiales. La pobreza genera enfermedades carenciales que, como la pelagra, cursan con manifestacio-

nes mentales, pero, aunque modeladoras de muchos patrones de conducta, ni la riqueza ni la pobreza determinan por sí mismas un tipo especial de patología, ya que instintos y mecanismos de defensa son comunes a todos los seres humanos, aunque las modalidades formales de su expresión varíen de un grupo cultural a otro. Lo que nos importa es el cómo vivió y reaccionó el paciente a las circunstancias que le tocó enfrentar. El hijo de un campesino explotado puede, identificándose con su padre, seguir siendo sumiso y justificar a quien lo roba, o intentar rectificar o reivindicar la vida de su ascendiente saliendo del lugar natal en búsqueda de nuevas oportunidades que le permitan modificar el "destino" aceptado por el sumiso e incluso si su dotación genética y las circunstancias del nuevo ambiente lo favorecen, convertirse en un luchador en contra de la injusticia social.

Por el contrario, el vástago de una familia prominente social y económicamente, puede, (como protesta en contra de unos padres brillantes pero fríos y distantes afectivamente, que lo llenaron de ropa y juguetes pero nunca se preocuparon por oirlo, apoyarlo y satisfacer sus necesidades de aceptación afecto y compañía) dedicarse al sistemático quebrantamiento de todas las normas y valores exigidas por los padres. En algunos casos ser hijo de un padre famoso en cualquier campo de las actividades humanas, constituye un obstáculo para el desarrollo armónico del individuo. Desde niño se convierte el sujeto en objeto de la curiosidad y vehículo para el logro de la satisfacción de algunas necesidades de los adultos que lo rodean y en blanco de la hostilidad de algunos compañeritos que envidian su posición. El padre una mujer jóven, donó a la escuela en que ésta cursaba la primaria un edificio. La chica, que hasta ese momento se había desenvuelto sin brillantez, pero sin problemas escolares, fue objeto desde el segundo hasta el sexto año de una atención exagerada por parte de las maestras, la aplaudían con el más mínimo pretexto y la seducían con el objeto de ser

invitadas a su casa para tratar a las importantes relaciones del padre. Le quedó una impresión permanente de no valer nada por sí misma, de ser sólo interesante y aceptable en función del dinero e importancia de su padre y al casarse comenzó a presentar episodios de angustia cada vez más severos que la hicieron buscar tratamiento. Se sentía incapaz de hacerse cargo del gobierno de su casa (siempre tuvo un ejército de servidores y las maestras nunca le exigieron que cumpliera con los trabajos escolares) y temía que su marido sólo se hubiese casado con ella por dinero (en realidad él era tan rico e importante como ella).

El ambiente socioeconómico familiar favorece o interfiere con el desarrollo de ciertas capacidades e intereses del individuo, modela sus hábitos recreativos e impone metas e ideales en sus miembros, pero de nuevo éstos se identifican o rebelan según el tipo de relación afectiva que hayan establecido con las figuras parentales. Tampoco es raro que los padres traten de satisfacer a través de sus hijos sus frustrados deseos de poder y prestigio social, riqueza, logros académicos, etc. Puede no haber conflicto mientras el paciente aún es niño y sólo se trata de hacerle aceptar determinadas ideas, pero durante la adolescencia, al confrontar el joven sus capacidades e intereses reales con los planes que tienen sus padres con respecto al futuro, surgen problemas de diversa índole con resultados a veces patológicos. Una de mis pacientes fue traída a consulta por su madre porque había reprobado por segunda vez el primer año de una carrera universitaria. La paciente admiraba profundamente a su madre y se sentía perpleja ante la incapacidad para aprobar materias que incluso le parecían muy fáciles, pero se quedaba "con la mente en blanco frente a la hoja de examen". La madre se daba ínfulas de culta sin serlo, hablaba con admiración de cualquier universitario destacado, despreciaba a comerciantes y artistas. Durante el tratamiento pudo verse el sometimiento de la paciente a su madre y el que, para complacerla, había optado por una profesión universitaria cuando realmente tenía dotes artísticas, -

que no se atrevía a seguir mas que como entretenimiento, por así sancionarlo la madre. El bloqueo del pensamiento en exámenes correspondía a la rebeldía inconsciente en contra de valores que sentía ajenos.

La edad de los padres al nacer el paciente puede tener importancia o carecer de ella. No necesariamente los padres cronológicamente adolescentes son emocionalmente inmaduros y presentan conflictos con sus hijos, ni tampoco los adultos fisiológicamente maduros lo son también desde el punto de vista psíquico y procrean una descendencia sana. Entre parejas mayores de cuarenta años son más frecuentes los casos de hijos mongoloides que entre los más jóvenes y en ocasiones los padres viejos, agotados por achaques y preocupaciones dejan a sus hijos en manos de hermanos mayores o de servidumbre que constituye en realidad la verdadera figura parental. Nuevamente lo importante no es el dato estadístico desnudo, sino sus posibles connotaciones para la vida del paciente. En cambio la edad que contaba éste cuando nació el siguiente hermano si es muy de tomarse en cuenta, ya que su incidencia en diferentes etapas del desarrollo psicosexual puede conducir a diversos resultados. No es lo mismo ser bruscamente separado de la unión con la madre al año de edad que a los cuatro, cuando se ha completado la fase de separación individuación y es el niño quien gradualmente ha abandonado a la madre a través de la asistencia a la escuela y hogares de diversos amigulitos. En el primer caso podemos encontrar cuadros patológicos que involucran la incapacidad para desligarse de la madre, con dificultad para establecer una buena relación con el hermano siguiente; mientras en el segundo puede no haber mayores repercusiones sobre el desarrollo.

Las características de los miembros de la familia favorecerán o interferiran la posibilidad de buenas relaciones entre ellos y el paciente. Así se forman alianzas y luchas entre hermanos, se bus

ca protección en tíos, abuelos, etc. Los pacientes varían en la amplitud con que describen explícitamente a sus padres y hermanos, pero del relato sobre otras áreas de su vida, podemos obtener un material frecuentemente más sincero, menos distorsionado que ante la pregunta concreta de "hábleme de sus padres", con la que se inicia habitualmente el interrogatorio de la historia familiar. Así el paciente que inicialmente dijo no haber tenido nunca problemas con su madre, a la que considera una mujer santa, buena y abnegada que siempre ha visto por él, puede sorprendernos en su discurso sobre el área escolar al revelar que lo apodaban "el esposado", porque en una ocasión su madre le puso unas esposas para llevarlo a la escuela a pesar de sus negativas. No obstante lo antedicho resulta útil inquirir directamente por las características de los padres, hermanos y demás familiares que puedan haber convivido con el paciente, para obtener la imagen consciente que de ellos tiene el entrevistado, ya que esto nos permite percatarnos de la discrepancia entre imagen y realidad, provocada defensivamente por el paciente frente a sentimientos de hostilidad, vergüenza, culpa, etc., con respecto a las figuras parentales. Cuando el enfermo verbaliza francamente sentimientos hostiles en contra de padres o hermanos, el entrevistador puede caer en el error de tomar como ciertas totalmente las afirmaciones del enfermo, perdiendo su objetividad y tomando exclusivamente como víctima a quien puede ser al mismo tiempo provocador y agresivo, no quiero dar a entender que los padres son buenos y los hermanos angelicales, simplemente llamo la atención sobre la necesidad de conservar la objetividad frente a los relatos muy cargados afectivamente que pueden perturbar por distintas razones la actividad crítica objetiva del entrevistador. Es más, la descripción hostil, devaluatoria, no sólo de familiares, sino de cualquier persona, debe hacernos sospechar el encubrimiento de otros sentimientos hacia ella o de rabia desplazada a partir de figuras más significativas.

Mientras una paciente me relataba con lujo de detalles lo frío, egoísta, aburrido y obsesivo que era su hermano inmediatamente menor, al que acusaba de haber obtenido su título profesional copiando en los exámenes, me pregunté el por qué de tanta violencia en contra de un hombre que ayudaba económicamente a toda su familia, incluyendo a la paciente, me parecía anormal que la enferma no hubiera podido superar la rivalidad en contra de quien la había desplazado del lado de su madre y expresara tan sin disfraz su hostilidad. Al preguntarle en qué se sentía afectada por las características de su hermano, que ya no convivía con ella por tener ambos sus respectivas familias, obtuve como respuesta lo siguiente: "todo lo de él me choca, me enferma porque se cree superior a mí, no me concede crédito en nada, dice que cómo me atrevo a opinar sobre arte y literatura si nunca he leído y nuestros padres son incultos y yo ni siquiera hice la Secundaria, dice que sólo me pongo en ridículo y que la gente se ríe de mí y que como no quiere que también se rían y critiquen a su mujer, por eso no la deja andar conmigo y a mí X. me cae muy bien, me divierto mucho con ella, pero está totalmente dominada por mi hermano..." La vieja rivalidad por la madre tenía un substituto actual, la cuñada de la paciente, con la que había una liga de tinte francamente homosexual, cuya interferencia motivaba que al odio sentido en la infancia en contra del hermano, se sumara el actual sobrepasando la capacidad de represión de la paciente. La desproporción entre el afecto con el que se describe una persona o algún incidente en la vida del paciente y las circunstancias reales que percibe el entrevistador, deben moverlo a una investigación más cuidadosa sobre el tema tratado, con el fin de determinar todos los factores que intervienen en el conflicto.

No es suficiente describir las relaciones del paciente con sus familiares, ni con ninguna persona significativa en términos de bueno o malo, estos calificativos realmente nada dicen, pues una

relación puede ser "buena" porque no hay pleitos abiertos, pero incluso su inexistencia puede ya señalar la ausencia de una verdadera relación con el objeto, que resulta tan ajeno, distante e indiferente que ni siquiera vale la pena pelear con él. También puede ser "buena" porque uno de ambos participantes se somete totalmente al otro o porque en el caso de ser el paciente el miembro dominante excluye de su consideración y consciencia las señales de sufrimiento del otro. Un paciente describió como "muy buena, de acuerdo prácticamente total, de respeto, comprensión y apoyo mutuos" las relaciones entre él y su esposa. Como con el "esposado", surgió en el curso de la entrevista que la Sra. había abandonado el ejercicio de una profesión universitaria para dedicarse al cuidado del hogar, visitaba muy escasamente a sus familiares siempre en compañía del paciente, etc. Al interrogar sobre qué le parecía el que su mujer llevara tal tipo de vida, el paciente respondió que estaba muy satisfecho, porque "era muy delicado en cuanto al cuidado de sus hijos y atención de su hogar y las mujeres callejeras los desatienden, su mujer estaba muy feliz con dedicar su vida a la familia aunque a partir del nacimiento del primer hijo (fecha en que dejó de trabajar) padecía una que otra vez (cuando menos una vez por semana) dolores de cabeza".

También en cuanto a las malas relaciones hay que tratar de determinar en qué consisten y qué las origina. Una paciente describió como malas las relaciones con su hermana inmediatamente mayor, que la golpeaba furiosamente por cualquier cosa; como para pelear se necesitan dos, pregunté a qué atribuía la mala voluntad de la hermana y tuvo que reconocer su conducta provocativa: le robaba juguetes, trataba de ponerla en mal frente a los padres, de quitarle las amigas, etc. Hay pacientes que declaran no haber tenido mayor relación con sus hermanos; esto es frecuente cuando la diferencia de edad es importante, pero puede ser también implicativo de una incapacidad para relacionarse ya desde la infancia, expresión de una posible personalidad esquizoi-

de, dato que se confirma o rectifica si la calidad e intensidad de las ligas formadas durante la vida adulta validan o descartan nuestra presunción diagnóstica.

Si las relaciones con los hermanos resultan de importancia en cuanto vehículos para el desplazamiento de afectos referentes a los padres, como substitutos, aliados u oponentes de éstos, las características y relaciones directas con ellos resultan de vital importancia, pues proveen el modelo para todas las interacciones personales del futuro, así como las figuras y funciones con las cuales forjará su identidad y conducta el sujeto. El clima emocional de las relaciones familiares: impasibilidad aún frente a las mayores tragedias, golpes, insultos, ironía, desprecio, repercuten sobre el niño que las adopta activa o pasivamente o genera formaciones reactivas en contra de las características y modalidades de sus padres. En relación con otro tema he hablado de las diversas repercusiones que puede tener, según la edad y el tipo de relación establecida, la enfermedad grave o la muerte de alguno de los padres. Con razón se llorará largamento y tratará de recuperarse a través de diversos subrogados al padre amado, pero la muerte de aquél a quien se odia puede resultar una liberación o provocar culpa, por creerse responsable de su desaparición. Estas consideraciones son también aplicables a los casos de divorcio. El lactante, que se encuentra en una situación binaria con la madre, no sufre de igual manera la pérdida del padre que el niño que se encuentra en la etapa edípica. Si la relación del primero con su madre resulta satisfactoria a lo largo de su desarrollo, no encontrará grandes dificultades para encontrar en otros familiares varones al substituto del padre; aunque lo añorará como el objeto propio y cercano poseído por sus compañeros y que medie, resuelva y apoye frente a los conflictos con la madre. En cambio el niño que se encuentra en plena rivalidad edípica con el padre, siempre se siente culpable por su pérdida que atribuye omnipo

tentemente a sus deseos hostiles. El hijo de una paciente comenzó a presentar eneuresis, renuencia a asistir al jardín de niños, tristeza y deseos constantes de ver a su padre, con el que hasta entonces se había aburrido y visto como interferencia entre él y su madre, a raíz del divorcio de los padres. La sintomatología desapareció después de explicársele que el divorcio se debía a que ambos padres se llevaban mal y no deseaban ya vivir juntos, pero que ni habían peleado a causa de él, ni tenía él nada que ver en la separación.

Es ampliamente conocido que la inconsistencia de la madre o la existencia de mensajes contradictorios entre ésta y el padre en relación con el hijo, se encuentran entre los factores predisponentes a la esquizofrenia. Este característico doble mensaje rara vez es detectado conscientemente por el paciente, pero se puede visualizar claramente a través de la exploración no sólo del área familiar, sino de la de todos los aspectos de la vida del paciente en los que han intervenido los padres. Una paciente presentó la imagen de su madre en términos de una mujer tolerante, comprensiva y de amplio criterio con respecto a la sexualidad, tema que se discutía abiertamente en el hogar, pero al hablar de su propia vida sexual mencionó las dificultades con su amante, debidas a que la madre no le permitía llegar a casa después de las nueve de la noche. En realidad este aparente doble mensaje no lo es, lo subyacente a él es: "habla de sexo, pero no lo actúes". En cambio en otro paciente sí había un verdadero sistema contradictorio: La madre había sido abandonada por el padre del paciente. Su situación social en un pueblo pequeño era extremadamente difícil, necesitaba que su hijo fuera irreprochable en modales, independiente y seguro, pero lo dejaba en manos de sirvientas que no podían educarlo, cuando intentaba ir a jugar a casa de los vecinitos se angustiaba terriblemente por no tenerlo bajo su vista y si elegía la ropa que quería ponerse ese día, a la madre le parecía impropia para la ocasión. Cuando este paciente llegó a consulta era incapaz de to

mar una decisión, vivía en perpetua angustia relativa a la salud de su madre y desde el punto de vista clínico presentaba un esquizofrenia pseudoneurótica de fachada obsesivo-compulsiva.

Consciente o inconscientemente los padres eligen la función que debe llenar cada uno de sus hijos; redentor de la familia, el niño perpetuo, primogénito, intruso, etc. La primera comunicación de una bella pero desgarbada mujer de 26 años fue: "Todos mis problemas vienen de que mi padre quería que yo fuera hombre, durante todo mi primer año dicen que me llamaba José, me hizo responsable de la conducta de mis hermanas menores, siempre me vestía de hombre hasta que nació mi hermano, entonces dejó absolutamente de preocuparse de mí. Por esto soy dura, fuerte, responsable y cumplida, mi marido dice que debería estar triste por nuestra separación, pero no siento nada, nada. No puedo dejarme caer en la desesperación, porque entonces ¿a dónde voy a dar?. Ya tengo un trabajo que conseguí para no necesitar pensión de mi marido". El padre quiso un hombre fuerte y la paciente trató de satisfacer este ideal, aunque con esto arruinara su propia vida.

Las actitudes de la familia hacia el trabajo, sexo, agresión, enfermedad, religión, educación, ambición, dinero, independencia, etc., troquelan las que en la vida adulta tendrá el niño que las ha vivido y contemplado, pero es necesario tomar en consideración que el mensaje explícito puede ser uno y el implícito, actuado, el opuesto. El hijo mayor de una de mis pacientes, joven de 23 años, era un mitómano empedernido y terminó cometiendo varios fraudes. Esta madre se preguntaba asombrada cómo podía haber salido un ladrón de familia tan trabajadora, responsable, honesta y respetable como la suya. Esta Sra., incapaz de cometer fraudes económicos, engañaba a todo mundo poniendo buena cara cuando estaba enojada, fingiendo orgasmos, hablándoles de Ud. en público a sus amantes, mostrando con besos, caricias y palabras dul-

ces una ternura por parientes y amistades que estaba muy lejos de sentir, etc. Pero le era muy difícil aceptar que igual que ella mentía y engañaba lo hiciera su hijo, pues sus juicios y consejos eran irreprochables.

Con respecto al manejo intrafamiliar de la agresión, importa conocer qué actitudes del paciente motivaban la aplicación de castigos, en qué consistían éstos, si se defendía o no de ellos, qué técnicas usaba para evadirlos (congraciamiento, desplazamiento de la responsabilidad hacia otros miembros de la familia, etc.) y cuál era el sentimiento predominante después de sufrido el golpe, suspensión de privilegios o humillación. Entre parejas mal avenidas no es raro que cada uno de los padres se alíe con uno o varios de los hijos, utilizándolos como vehículos para agredir al cónyuge, el que a su vez se venga en el menos fuerte de las ofensas recibidas. El niño, dividido entre lealtades contradictorias, odia y se siente culpable con respecto a uno de los padres y ama, idealiza y disculpa indiscriminadamente al otro. En la vida adulta se encuentra que frecuentemente estos pacientes, en un intento de reparar lo que hicieron en la infancia, siempre andan metidos entre parejas a las cuales tratan de avenir; o por el contrario toman partido irracionalmente en diversas circunstancias de la vida, dividiendo al mundo, a la manera de lo acontecido en el hogar en "buenos y malos".

Es diferente el desarrollo si al niño se le permite responder a la agresión de los padres que si se le somete a base de golpes. En el primer caso la posibilidad de salida a la propia agresión provoca menos distorsiones en la evolución del sujeto, pues no requiere de gasto energético para reprimir actitudes o sentimientos hostiles, que son tolerables para el medio ambiente; pero el exceso de permisividad puede a su vez provocar que se sea incapaz, en la vida adulta, de demorar o desviar la descarga agresiva.

Generalmente al relatar las relaciones con los padres el paciente aporta datos con respecto al manejo de la agresión dentro de la familia, requiriéndose solamente preguntas aclaratorias. En otras ocasiones es necesario interrogar directamente si el paciente recuerda haber sido golpeado o castigado en su infancia y proseguir la investigación de los aspectos del castigo anteriormente mencionados. Cuando hay intentos de proporcionar una figura idealizada de los padres, el interrogatorio de las relaciones con los hijos puede dar la pauta para valorar el tipo de interacción real que se tuvo con los progenitores.

Al consignar los datos correspondientes a la historia familiar es conveniente, para evitar subsecuentes repeticiones tediosas, llevar el relato de cada una de las relaciones con los miembros de la familia desde la infancia hasta el momento actual o la fecha en que desaparecieron, sin dividir como lo he hecho con fines meramente expositivos, las áreas exploradas en capítulos. Por ejemplo:

La madre tiene actualmente 62 años es, como la paciente, maestra de baile. Hasta los cuatro años la enferma sentía que tanto ella como el baile, la casa, el viento, etc., formaban parte del cuerpo de la madre, la amaba tiernamente, quería estar todo el tiempo pegada a su cuerpo. Entre los dos y tres años la madre tuvo que hospitalizarse a consecuencia de un aborto espontáneo y la paciente comenzó a llamar mamá a una sirvienta, situación que cedió rápidamente al retornar la madre a casa. A los cuatro años, al nacer su primer hermano, al que intentó matar con un ladrillo, los padres, con los que dormía hasta ese momento (en otra cama), la envían a otra habitación. Estos incidentes marcan el cambio de relación con la madre que de amada y tierna se convierte en odiada, temida, insaciable en sus exigencias y tremendamente punitiva. La niña hace berrinches por los más mínimos incidentes y patea rablosa a su madre, que la golpea y sermonea inacabable y violentamente.

La paciente sentía que su madre la odiaba y gozaba viéndola sufrir. En la actualidad se llevan pésimamente, discrepan y pelean a gritos por cualquier cosa.

El padre, hombre tranquilo, cariñoso, bromista, se sometía a su esposa como un hijo más y cuando le nacía un nuevo vástago se encelaba, dejando de hablarle meses enteros a su mujer. Al nacer su segundo hijo pretextó no poder dormir por el llanto del bebé y se mudó al cuarto de la paciente, que de entonces (cuatro años) hasta los nueve, hizo innumerables fantasías en las que era la hija huérfana de madre de piratas, sultanes y otras figuras interesantes, valientes y legendarias. Cuando la paciente tiene nueve años el padre se va becado al extranjero, la niña cree que no volverá nunca, siente un profundo dolor por su partida y cuando regresa seis meses después lo siente extraño, ajeno, distante, no se alegra por su regreso, no siente tener nada que ver con él y comienza a verlo como poca cosa, inferior, e ineficaz. Actualmente tiene 64 años y sólo le siente lástima. Está jubilado en una empresa descentralizada.

Es la mayor de tres hermanos, los otros dos varones. Se llevan cuatro años de diferencia entre sí. Con el mayor tuvo siempre malas relaciones porque "era débil, chilloncito, el nenito consentido de mamá". Se avergonzaba de que un ser tan inútil perteneciera a su familia y negaba en la escuela que fuera su hermano. Sin embargo siempre lo defendió de los pleitos con otros niños porque su madre la obligaba a cuidarlo. En la adolescencia evitó tratarse con él y actualmente la relación es cordial pero esporádica, aduciendo ambos múltiples ocupaciones que les impiden verse. El hermano menor, fuerte, decidido e independiente "como yo", fue su protegido y favorito en la infancia, confidente en la adolescencia y amigo de confianza en la actualidad. Se aconsejan mutuamente y toman partido en contra del otro hermano y de la madre en las discusiones familiares.

No deseo insistir exagerdamente en la forma de consignar los datos obtenidos en el interrogatorio, pero si considero conveniente hacer notar que, estando dirigido a personas distintas de quien hizo el estudio del paciente, el sumario de los datos obtenidos debe ser claro, descriptivo, no repetitivo, ordenado y aportar los elementos relevantes para la comprensión del paciente, omitiendo lo superficial y circunstancial. Los pacientes pueden describir físicamente a sus padres, pero no tenemos por qué consignar su tipología a menos que ésta haya desempeñado un papel importante en la vida del enfermo, avergonzándolo o por el contrario, haciéndolo sentir superior frente a otros familiares o amistades. No interrumpimos el relato del paciente, pero no necesitamos repetir textualmente todo lo que dice. El entrevistador, al comunicar sus hallazgos, se transforma o adquiere una nueva función, la de seleccionador y elegirá bien, si tiene in mente la idea de transmitir a sus lectores los rasgos caracterológicos relevantes de las personas con las que trata el entrevistado y el tipo de relación que se estableció entre ellos. No debe preocuparse por consignar en la historia personal datos de la familia y viceversa si así lo requiere la mejor comprensión de lo que intenta demostrar, pues debe tenerse en cuenta que la división de un interrogatorio en capítulos es solamente un artificio didáctico. Enfermedad actual e historias personal y familiar están indisolublemente entretejidas en la realidad vital del sujeto.

C.- HISTORIA PERSONAL.- 1.- Infancia (nacimiento, lactancia, destete, control esfinteriano, desarrollo, salud, primeros recuerdos, fantasías, pesadillas, ajuste a la escuela, juegos, compañeros, trastornos en la adaptación, síntomas de perturbaciones emocionales, sucesos importantes, traumáticos o no). 2.- Adolescencia (pubertad, menarca, desarrollo físico, adquisiciones culturales, intereses, tendencias o experiencias homo o heterosexuales, relaciones interpersonales, metas e ideales y figuras idealizadas y odiadas, esfuerzos

por emanciparse de la familia, sueños, fantasías, síntomas psicógenos, estado de salud, sucesos importantes en esta etapa). 3.- Patrones de ajuste durante la vida adulta (vocación, relaciones de trabajo, ajuste social: amistades, membrecía a sociedades, actividades, intereses, hábitos recreativos. Ajuste familiar: características y relaciones con la esposa, hijos y familiares que conviven en el hogar. Historia sexual y marital. Historial médico. Sucesos importantes).

Estos subcapítulos de la historia personal constituyen más un recordatorio que la prescripción del orden en el que debe llevarse a cabo el interrogatorio de esta área por explorar. En la práctica se acostumbra dividir por sectores más que por etapas de la vida los temas por investigar, llevándolos desde la infancia hasta la edad adulta, con lo que se consigue una visión longitudinal de relaciones o funciones. Por ejemplo, si el sector a explorar es el educativo se pregunta a qué edad ingresó el paciente al jardín de niños o a la primaria, la reacción ante la primera separación formal de la madre y ambiente familiar (depresión, rabia, incapacidad para relacionarse con los compañeros, angustia insoportable que obliga a volver a casa y retrasar el ingreso a la escuela, etc.) Logros escolares, relaciones con maestros y compañeros, reprobadas, expulsiones (investigando cuidadosamente las causas de unas y otras), nivel profesional alcanzado. En caso de interrupción de los estudios averiguar el motivo. Edad en que se comienza a trabajar, secuencia de empleos, investigando los motivos del cambio y las relaciones con jefes, subalternos y compañeros, hasta llegar al momento actual. Lo mismo se hace con respecto a la investigación del estado de salud, desarrollo físico, síntomas de desajuste, sexualidad; aparición, desarrollo y persistencia o decadencia de intereses, relaciones sociales, matrimonios, divorcios, hijos, etc.

Es frecuente que los pacientes ignoren las circunstancias que precedieron y rodearon su nacimien-

to y primera infancia, especialmente cuando provienen de grandes familias en las que el número de hijos impide que la madre establezca una verdadera relación particular con cada uno de ellos, o cuando el nivel cultural es suficientemente bajo para prestar atención a aspectos que no sean los directos y concretos de alimentar y satisfacer las necesidades físicas del bené. En otros casos la carencia de información con respecto a este período señala la distancia existente entre el niño y la madre, la falta de comunicación entre ambos. En cambio la abundancia de detalles como en el caso siguiente, puede darnos elementos valiosísimos sobre el tipo de relación entre madre e hijo:

La paciente, una inteligente mujer de 25 años que consultó por trastornos del carácter, inició la narración de su historia personal, frente a la habitual pregunta "neutra" de "cuénteme de su vida, de lo que quiera decirme con respecto a Ud.", diciendo: "Bueno yo nací en X., mi papá me dijo ya grande que mi mamá me había querido abortar, que quería ponerse una sonda, cuando yo se lo pregunté ella dijo que sólo había sido una broma que le había jugado a papá, pero que nunca lo pensó realmente, porque yo fui su hijita querida. De niña me contaba "mi historia", a mí me gustaba mucho oirla y le pedía una y otra vez que me la contara...".

E.- "¿Y cuál era su historia?".

P.- (Muy sonriente, como añorando la situación pasada): "Decía mi mamá que ella le había escrito a la cigüeña con tiempo, pero que la vecina, al saber que yo venía en camino, quiso también una niña y también escribió, así que cuando llegó la cigueña y me dejó en la azotea de la casa, mi mamá tuvo que subir corriendo la escalera para que no me agarraran los vecinos, que también ya venían por mí, pero que ella dijo que yo era para ella porque había escrito primero, así que tenía que esperar a que les llegara su niña y al año siguiente

llegó X., mi amiguita de toda la infancia..."

Toda la historia de esta paciente estaba matizada por los elementos de la leyenda perinatal, la madre, culpable por sus deseos asesinos la sobreprotegió exageradamente, se angustiaba por el más mínimo catarro de la niña y trató siempre de transmitirle la impresión de "te quiero mucho, eres lo más importante para mí y pelearía con cualquiera por retenerte conmigo", efectivamente hizo sentir a la paciente culpable por recibir tanto, minó sus intentos de independizarse, pero la apoyó incondicionalmente en contra del mundo, cualesquiera que fueren las circunstancias y responsabilidad de la hija en las dificultades que afrontaba.

Ser hijo deseado, accidental o francamente rechazado son circunstancias que marcan en forma diferente el destino del individuo. Las madres que tienen fantasías o intentos de aborto, si no continúan con su conducta rechazante hacia el hijo, adquieren una conducta y actitud reactivas a su hostilidad previa, sobreprotegiendo por culpa al niño y limitándole por ende sus posibilidades de desarrollo, sobrecargándolo de rabia por las limitaciones a que lo sujetan y de culpa porque la sobreprotección va siempre envuelta en el "es por tu bien, o porque te quiero".

También son importantes con respecto al embarazo y parto los problemas físicos de la madre: infecciones y enfermedades consuntivas que minando el estado general de la embarazada, repercuten sobre el desarrollo físico del producto, provocando diversas malformaciones que colocan al sujeto en desventaja frente a los demás, perturbándose así su desarrollo emocional. Además de otras numerosas causas, las enfermedades de la madre durante el embarazo y los problemas durante el parto que provocan anoxia o hipoxia cerebral prolongada, pueden originar lesiones irreversibles, con el consiguiente déficit mental.

Mucho se ha insistido en que la incapacidad para amamantar es signo de rechazo materno, pero el caer en calificativos estereotipados en nada ayuda a la comprensión del paciente. Es necesario averiguar sin dar nada por sentado, si el paciente no fue alimentado al seno materno a qué se debió. Pudiéramos encontrarnos con reales incapacidades físicas de la madre que lo impidan, como ausencia quirúrgica de mamas, contraindicación médica por tuberculosis pulmonar, etc. De ser posible es conveniente llegar a conocer las características de la lactancia, si era la madre la encargada de llevarla a cabo o la encomendaba a sirvientas o familiares, si, en caso de alimentación artificial hubo problemas para que el bebé aceptara el biberón, si sufrió de diarreas importantes por administración de leches inadecuadas o utensilios sucios, si se le cargaba para darle de comer o se le abandonaba solo con la mamila. Estos datos reales y objetivos nos permiten, más que cualquier descripción del paciente, conocer la verdadera actitud de la madre.

Igual sucede con el tiempo y características del destete. En cuanto al enfermo en sí interesa conocer su apetencia o avidez por el alimento o por el contrario su rechazo o intolerancia, si se le describe como un niño plácido y satisfecho o llorón, inquieto, insomne, que se pegaba en contra de los barrotes de la cuna, etc. Manifestaciones de incomodidad que expresan tensión acumulada cuya causa es necesario investigar.

Cuando el paciente que se estudia es sugestivo de debilidad mental, se acostumbra, para obtener una mejor valoración cuantitativa y etiológica, hacer una descripción minuciosa de la edad a la que el enfermo levantó la cabeza, se puso de pie, gateó, dijo sus primeras palabras, comenzó a andar, etc. En los casos en los que no se sospecha tal patología, a menos que haya algo notable en estas adquisiciones, su investigación resulta menos importante. Por ejemplo, los niños abandonados, a

los que sus padres no les hablan, presentan naturalmente, retraso en la aparición del lenguaje. Lo mismo sucede con la deambulación. Su aparición marca el inicio de lo que Mahler y Furer (41) han denominado fase de separación-individuación, en la que el niño adquiere la capacidad de abandonar y volverse a reunir activamente con la madre. El paso de la situación de dependencia pasiva de la madre a la opción activa, despierta reacciones en la madre según su capacidad para aceptar la creciente autonomía del niño. En esta etapa pueden aparecer luchas diversas entre madre e hijo por el poder, control y las posibilidades de dar y recibir cuyo paradigma, pero no expresión única, es el control de esfínteres. En él puede retratarse con singular claridad, la actitud de la madre hacia la creciente autonomía y posibilidad de autocontrol y autoregulación del niño. Hay madres que sin respetar las capacidades del hijo, exigen un control esfinteriano rápido y rígido. Así actuarán frente a las demás necesidades, golpearán o regañarán antes de saber por qué ha fallado el pequeño a sus ideales de limpieza, logros escolares, sociales, etc. Otras reaccionarán con ansiedad frente al hijo estreñido y en todo lo acusarán de rendir poco; otras no intentarán nunca educar en nada, incluidos los esfínteres, etc. El niño a su vez responderá con sometimiento, rebeldía u oscilaciones entre ambas actitudes, a estas demandas maternas y a las posteriores y con sentimientos de culpa o inadecuación si no logra satisfacer las exigencias e ideales de la madre.

Los primeros recuerdos, fantasías y sueños, al igual que los subsecuentes, son condensaciones disfrazadas con más o menos éxito de situaciones prototípicas a través de las cuales se expresa un fragmento de la vida del individuo, por esto es importante su exploración a lo largo de las diversas épocas del desarrollo, ya que su variación o permanencia apunta a la influencia o inexistencia de factores originados por el desarrollo, circunstancias ambientales o relaciones personales que modifican el equilibrio inestable de las fuerzas en juego en un

determinado período de la vida. La persistencia - levemente modificada de fantasías y sueños implica, bien detención del desarrollo, bien conflicto de - suficiente intensidad como para no poder ser superado a través de condiciones personales y ambientales cambiantes. Lo mismo es aplicable a los signos y síntomas de desadaptación como succión del - pulgar, berrinches, celos fraternales irresueltos, incapacidad para relacionarse con otros niños, - egoísmo exagerado, onicofagia, fobias, sonambulismo, tics, crueldad o agresividad excesivas, hiperactividad, hurtos, etc. Estos temas se abordan -- preguntando directamente cuál es el primer recuerdo que tiene el paciente, qué soñaba o imaginaba - de pequeño, si se comía las uñas, se levantaba por las noches, etc. Hasta cuándo duraron las manifestaciones relatadas, circunstancias que rodean su - desaparición si tal es el caso y se continúa la exploración de fantasías, sueños y síntomas a través de la vida del paciente.

Una enferma informó que su madre no pudo amamantarla, ignorando la causa, pero que debido a -- esto tuvo que ser lactada por diversas mujeres, andando de "una a otra mamando tantas enfermedades". Su familia era tan pobre que ella tenía que buscar cáscaras para comer. A los siete años dice haberse hecho "conocer y querer por una burra que estaba criando, para que la amamantara". A los ocho - le pidió de mamar a una hermana, pero no le gustó su leche. Hasta los quince se succionó el pulgar derecho, "lo tenía blanco, de tanto que me lo chupaba". Abandonó el hábito cuando un novio le dijo al observarla que "se mamaba el dedo y que sería - también buena para otras cosas". Se sintió tan -- avergonzada y enojada que no sólo abandonó definitivamente la succión, sino que terminó sus relaciones con el novio. Comenzó entonces a moderse las uñas, escupiéndolas una vez que lograba arrancárselas, situación que persiste hasta la fecha.

El mensaje implícito en este fragmento histórico de la paciente era el de: mi madre no me qui

so, siempre he tenido que mendigar incluso de animales, que me den el afecto (simbolizado a través del amamantamiento) que ella no me dió; la agresión inconsciente a la madre frustrante, impide que la necesidad se exprese consciente y verbalmente, buscándose su satisfacción a través de personas substitutas, animales y el propio cuerpo. La interpretación silvestre pero exacta del novio, pone en peligro el desplazamiento que permite el logro de una satisfacción substitutiva, siendo necesaria una más en la que surgen los aspectos agresivos en vez de los tiernos de la deseada relación con la madre: ahora se muerde en vez de succionar.

Anteriormente me he referido ya a la exploración del área escolar; alrededor de ella gira la progresiva socialización del niño, aunque no dependiendo exclusivamente, ya que por diversas razones, puede retrasarse el ingreso al jardín de niños en relación con la adquisición de relaciones con vecinitos o familiares. Con estos se reeditan e intentan superar las situaciones conflictivas desencadenadas por el nacimiento o convivencia con los hermanos. El niño elegirá sus amistades entre los pequeños que desempeñen el papel necesario para resarcirse de las situaciones desventajosas existentes en el hogar, o por el contrario, los que las perpetúen. Lo mismo es aplicable a los maestros y adultos que representan figuras de autoridad, substitutos y herederos de la relación con los padres. La respuesta de amigos y maestros reforzará o debilitará los patrones de interacción puestos en juego en las relaciones familiares. Así por ejemplo, una paciente, segunda hermana de una familia de nueve niños, a quien se encomendó el cuidado de la hermana mayor enferma y el de los hermanitos menores, eligió siempre como amistades niños que por diversos motivos también requerían cuidados y protección, encargándose en la edad adulta de vigilar amigas enfermas, supervisar el trabajo de otras menos dotadas intelectualmente que ella, etc. En cambio, la mayor de una familia de trece hermanos, a quien se le encomendó también el cuidado de los menores, no logró

relacionarse con nadie en términos de real cercanía a su ingreso a la escuela, se sentía ajena y rechazada por las compañeras, a las que en realidad mantenía a distancia por temor a tener una "nueva latita que cargar". En la adolescencia logró establecer una liga homosexual con una chica algunos años mayor que ella, fuerte y segura, que se convirtió en su protectora. A partir de ese momento buscó siempre para relacionarse mujeres fuertes, independientes que, en vez de hermanas menores, representaban a la madre anhelada de la que había sido separada por el nacimiento de sus doce hermanos.

Con los amigos es posible superar conflictos hogareños irresueltos, vencer en peleas físicas o verbales a niños menores puede compensar los sentimientos de inferioridad despertados por la incapacidad de competir con un hermano mayor bien dotado. Ser el líder del grupo, el fuerte y temido entre los "hermanos de generación", permite ocupar en la fantasía y reparar la autoestima del hijo menor. El primogénito de una de mis pacientes fue un niño extraordinariamente bien dotado física e intelectualmente. El segundo hijo dos años menor, aunque normal, carecía de la dotación física del hermano. Se mostró retraído y resistente a jugar con el hermano en situaciones que implicaran competencia hasta que ingresó al jardín de niños. Allí desarrolló una conducta intensamente competitiva en todas las áreas de expresión posibles. Estuvo a punto de ser expulsado debido a una sucesión interminable de peleas a golpes con los compañeros, hasta que un día fue golpeado rudamente con una vara por un niño menor. Se le notó deprimido y aislado durante algún tiempo hasta que un buen día, con un pretexto baladí, logró descalabrar con una piedra al hermano mayor. A partir de ese momento perdió todo miedo al hermano y se esforzó por encontrar actividades en las que no pudiera ser superado, pidió aprender judo y guitarra, logrando al fin, obtener el respeto y aún la envidia del hasta ese momento triunfador en la rivalidad fraternal. Cir-

cunstancias menos afortunadas en la vida hicieron que el menor de ocho hermanos, nunca consiguiera sentirse igualmente valioso que sus mayores; en vez de intentar de pequeño competir con niños a los que pudiera vencer, este paciente buscó siempre compañeros representantes de hermanos mayores, mejor dotados que él y a pesar de los éxitos reales que obtuvo en la vida, no dejó nunca de buscar la lucha con los demás. Entraba en numerosas actividades, no porque verdaderamente lo atrajeran, sino sencillamente porque fulano o zutano las desarrollaban con buen éxito, dispersando su innegable capacidad de trabajo y gastando su vida en una competencia sin límite y siempre insatisfactoria.

En la historia de pacientes esquizofrénicos encontramos con frecuencia incapacidad para establecer ligas afectivas no sólo con los objetos familiares, cuyas características explicarían la dificultad para relacionarse con ellos, sino también con maestros y compañeros que los representan y substituyen. Esta dificultad, inmodificada a través de toda la vida, se expresa en pobreza, frialdad, superficialidad y corta permanencia de relaciones extrafamiliares. Los pacientes se describen como solitarios, aislados, rechazados desde niños. En contraste con ellos el neurótico hace por lo general ligas más o menos intensas y conflictivas pero duraderas, conserva en la edad adulta relaciones con algunos compañeros de la infancia o recuerda con intenso afecto a ciertos maestros que tuvieron en una u otra forma influencia importante en su vida. En ocasiones puede valorarse la intensidad de la liga formada en función de las modificaciones permanentes que ésta deja en la vida del sujeto. Como en "El yo y el ello" afirma Freud (27): "En las mujeres de gran experiencia erótica creemos poder indicar fácilmente los residuos que sus cargas de objeto han dejado en su carácter..la modificación del carácter puede sobrevivir a la relación con el objeto y conservarla en cierto sentido". Aunque el ejemplo que citaré se refiere a una mujer, el mecanismo no es exclusivo del sexo femenino; en el hom-

bre adquieren igual importancia las relaciones con figuras significativas de su medio ambiente. La paciente fue la menor de siete hermanos en una familia de mínimo nivel cultural aunque de estupenda situación económica. Ninguno de los hermanos completó la educación superior. En cambio la paciente logró el postgrado de una carrera universitaria, a pesar de la minimización que hizo toda su familia de sus logros académicos. En el curso de un tratamiento prolongado, pudo verse que en el primer año de la primaria tuvo un maestro muy cálido y cercano, figura totalmente opuesta al padre rudo y distante, que la tomó bajo su protección y la enseñó a leer en tres meses, haciéndola competir con compañeritas repetidoras uno o dos años mayores que ella, mostrándose muy satisfecho por los logros de la pequeña, la sentaba en su escritorio y la cargaba en sus piernas. La paciente le cobró un gran cariño y sintió intensamente su pérdida, motivada por problemas burocráticos; de la primera alumna de su clase bajó a ser una más hasta que en cuarto año otro maestro la estimuló y distinguió entre las demás, logrando nueva y ahora permanentemente el interés intelectual que la llevó a culminar una especialización académica, con el mejor promedio de su generación.

Siendo tan importante y definitiva la influencia que las relaciones interpersonales adquieren, desde la infancia del sujeto en las vicisitudes del desarrollo, considero conveniente al consignarlas, seguir una línea ininterrumpida desde que se inician hasta el momento actual, no dividiéndolas como lo hace Menninger en períodos infantil, adolescente y adulto, pues estas transiciones biológico-psicológicas marcan menos sus variaciones y fluctuaciones que las circunstancias externas. Además el relato lineal de las relaciones permite apreciar con mayor claridad la intensidad y duración de las ligas formadas, así como su influencia sobre la conducta del individuo y detectar o señalar como punto importante para investigar, la existencia de circunstancias ambientales o personales

(como la influencia de la patología) sobre las modificaciones y perturbaciones de las relaciones interpersonales. Para evitar respuestas poco aclaratorias del tipo "bien o mal", en vez de preguntar "cómo se llevaba o lleva" con los compañeros de la escuela, trabajo o con los amigos extralaborales el entrevistado, pedimos que nos hable de ellos, ya que una relación puede ser calificada de "buena" como dije anteriormente, porque el paciente somete o se somete, se mantiene a distancia para evitar ser confrontado con sentimientos de inferioridad, temor, desconfianza, rechazo o agresión, etc.

Como claramente lo ha demostrado A. Freud (19) en los juegos infantiles pueden reflejarse los conflictos que enfrenta al niño en desarrollo, constituyen con frecuencia un intento de repetición activa, al servicio del control y dominio de situaciones traumáticas o perturbadoras. Esto es particularmente cierto para los juegos espontáneos, no institucionalizados que los niños inventan: la casita, la familia, el doctor, etc., permiten la expresión del conflicto y el ensayo de diversas soluciones posibles. En cambio los juegos más o menos estructurados tradicionalmente y sujetos a diversas reglamentaciones se prestan para la manifestación de agresión, competencia o trabajo en equipo dentro de un marco controlado y previsible que favorece la "adopción de roles" y contribuye el gradual logro de una identidad, en la cual el niño va adquiriendo consciencia gradual de su papel social y de la imagen que tienen los demás de él, en contraste con su propia autoimagen (Erikson, 14). Importa pues al investigar esta área no consignar solamente que el niño jugaba a las canicas o al futbol, sino qué tanto placer derivaba de estas actividades, cómo se comportaba frente a la derrota, si mostraba tolerancia frente a los errores propios o ajenos, si se sentía superior o inferior frente a sus competidores, etc.

En la exploración de las situaciones y relaciones familiares, sociales, escolares, lúdicas, etc.,

de la vida del sujeto, se habrá ya tenido oportunidad de conocer la existencia de sucesos importantes, traumáticos o no, cuya incidencia en diversas etapas del desarrollo puede provocar cambios importantes en la conducta y adaptación del sujeto a sus circunstancias ambientales, como cambios repetitivos de residencia que pueden originar temor a ligarse con nuevos objetos para evitar el dolor de su pérdida reiterada, muerte de seres importantes, enfermedades de lartga duración que producen incapacidad permanente o retraso escolar, seducciones o violaciones homo o heterosexuales, intervenciones quirúrgicas que amenazan real o fantásticamente la integridad corporal, etc. Siendo importante la forma en que ha vivido el paciente estas eventualidades y la manera en la que su reacción a ellas ha modificado su conducta.

En términos generales se acostumbra investigar la vida sexual del paciente ya bien avanzada la primera entrevista o en encuentros posteriores, cuando se ha establecido una situación de confianza que garantice con cierta seguridad una descripción objetiva, poco distorsionada de los sucesos concernientes a esta área, a menos que la patología presente indique su abordaje inmediato o el paciente, espontáneamente, la haya traído a discusión en relación con cualquier otro tema. El motivo para una espera táctica está dado por la consideración de las resistencias más o menos conscientes que oponen muchos pacientes a la exploración de lo que consideran como sus actividades más íntimas y frecuentemente culpables, resistencias que no están dispuestos a abandonar antes de asegurarse de la actitud tolerante y acrítica del entrevistador que es puesto a prueba reiteradamente, mediante el aporte progresivo de material cada vez más rechazable según la valoración del paciente. Pero una vez considerado el momento de abordar el tema, las preguntas deben ser claras y directas, llamando las cosas por su nombre, sin eufemismos que transmitan al paciente la sensación de estar hablando de cosas indebidas y por tanto lo hagan

evadir el tema o dar respuestas convencionales para evitar la crítica o rechazo del entrevistador, que verdaderamente deba encontrarse libre de prejuicios y rechazos moralistas aún frente a las actividades más perturbadas y poco convencionales de sus pacientes.

Sabemos que normalmente el niño hace objeto de atención sus genitales alrededor de los tres o cuatro años y que a partir de esta situación intenta extender sus investigaciones a los adultos y niños que lo circundan. La respuesta de su medio ambiente a estas tendencias escoptofílicas puede condicionar una inhibición más o menos permanente del deseo de conocimiento sexual. Así encontramos pacientes que nunca se masturbaron, olvidaron sus exploraciones corporales y sólo en la adolescencia adquirieron vagos conocimientos de las funciones genitales, coito y embarazo, conservando en la vida un rechazo más o menos encubierto por todo lo relativo a la sexualidad. En estos casos es frecuente encontrar que en la infancia evitaron tratar con compañeritos que comentaban temas sexuales y que negaron durante largo tiempo la posibilidad de coito entre sus padres. En cambio los niños estimulados precozmente por colecho con padres, hermanos u otros familiares, los que contemplaron la escena primaria precozmente y los que fueron objeto de seducción por parte de otros niños o adultos, inician una masturbación temprana o juegos sexuales cuyas vicisitudes dependen, nuevamente, de la tolerancia o castigo con que son recibidas por los adultos encargados de su crianza.

En mi práctica profesional he encontrado que los juguéteos sexuales, especialmente cuando se practican entre hermanos o son de carácter homosexual, despiertan más culpa que la satisfacción auto erótica y esto me ha llevado a intentar la investigación de la vida sexual de mis pacientes de lo menos conflictivo a lo más complejo, por esto acostumbro iniciar el interrogatorio preguntando a qué edad comenzó a masturbarse el paciente. Dar por sentado que en alguna época de la vida debió exis-

tir la masturbación, ayuda frecuentemente a que el paciente sienta que no hay nada de criticable en ella, facilitándosele así el relato del tema. Frecuentemente los enfermos consignan como fecha de iniciación la época adolescente, siendo entonces necesario investigar si realmente no la hubo en la infancia. Importan las fantasías que acompañaron a la actividad masturbatoria porque permiten identificar tanto el objeto elegido, como el tipo de actividad que satisfaría la incipiente sexualidad. Hay pacientes que leen, "no piensan en nada" o lo hacen sobre temas no sexuales para evitar enfrentar el verdadero objeto o situación deseados en la masturbación. En muchos casos se busca la satisfacción autoerótica como compensación de diversas situaciones frustrantes. Una paciente se producía el orgasmo apretando los muslos cada vez que se hallaba colocada frente a situaciones angustiantes; como su tolerancia a la frustración era sumamente pobre, se encontraba en un estado de masturbación compulsiva que consumía la mayor parte de su tiempo, con el cónsiguiente detrimento de su capacidad adaptativa, incremento de sentimientos de culpa e inferioridad por no poder realizar las labores de la vida cotidiana y reforzamiento de la única situación productora de placer en su vida: la masturbación.

Al final de la adolescencia la masturbación cede generalmente el paso al inicio de relaciones sexuales satiafactorias, siendo normal su reaparición en situaciones de abstinencia forzosa. En cambio la masturbación infantil puede ser objeto de represión por influencias educativas o religiosas o dejar su lugar frente a otros intereses provenientes del desarrollo y estímulos ambientales que ponen en juego capacidades del niño hasta entonces latentes y que consumen su atención y energías, siendo importante determinar si el autoerotismo cedió por una u otra causa, ya que el destino subsecuente de la sexualidad será distinto en cada caso.

La menarca en la mujer y emisión espermática en el hombre marcan el inicio del período puberal cuyos cambios físicos y psíquicos plantean al adolescente nuevas tareas a solucionar. El tipo de relación familiar cambia de la más o menos total dependencia del niño a la gradual independencia, tolerada de buen o mal grado por los padres, es necesario asumir en esta época el papel vocacional y subsecuentemente laboral que se conservará por el resto de la vida y fijar la identidad definitiva dentro de la cual la aceptación o rechazo de la identidad sexual es elemento importantísimo. En esta etapa de transición en que el joven se enfrenta a instintos, opciones, metas, valores y personajes a veces francamente contradictorios, es frecuente que se perturbe, con resultados variables la adaptación conseguida hasta ese momento. En el adolescente surgen en muchas ocasiones síntomas diversos y fugaces, expresión de la existencia de situaciones conflictivas frente a las cuales se ponen en movimiento todos los recursos adaptativos disponibles. La intensidad, permanencia e interferencia de estos síntomas sobre la eficiencia escolar, social, relaciones interpersonales, etc., permite discriminar entre eclosión de patología y lucha por solucionar los retos que plantea esta etapa al sujeto en desarrollo.

Dentro de este contexto se da el inicio de relaciones hetero u homosexuales, tanto en su aspecto puramente físico como afectivo. Aquí el entrevistador debe estar alerta para investigar no sólo el grado de satisfacción y potencia alcanzados, sino la situación global de relación con la pareja. Qué características posee el objeto sexual y cómo se le trata son preguntas más importantes que con cuánta frecuencia se realiza el coito, en el que el logro de satisfacción con total desconsideración por la pareja puede simplemente ser un representante y substituto de la satisfacción autoerótica lograda anteriormente a través de la masturbación, implicando por tanto una falla en la adquisición de la genitalidad adulta real que implica liga con el objeto se

xual. Esto nos lleva a la investigación de la relación matrimonial y a la establecida con los hijos. Durante el interrogatorio del desarrollo sexual habremos obtenido los datos relativos a la adquisición de información a este respecto, con lo que logramos una visión a veces más justa que la presentada por el paciente sobre la actitud de los padres hacia el sexo y también hacia las necesidades reales del paciente. Así hay familias que dan información extemporánea (demasiado precoz o tardía), porque rigen su relación con los hijos mediante las normas estrictas de lo que "debe o no debe" ser según el libro del Dr. X, los consejos de tal o cuál autoridad educativa o los preceptos religiosos o sociales y no según la necesidad o curiosidad del hijo. En otras familias la discusión del tema sexual está excluída por considerarla inpropia o como expresión de falta de comunicación a todos los niveles. Por tanto la falta de información sexual puede tener matices y significados diversos en cada paciente, que es necesario valorar en función de la relación total con los padres.

A partir de la adolescencia se amplía naturalmente el campo de interes y relaciones del paciente, o encontramos por el contrario, con el inicio de la patología, un deterioro de ellos. En ambos casos es conveniente valorar si variedad y número de actividades y relaciones va aparejado con satisfacción y compromiso. Los pacientes hipomaníacos aportan frecuentemente datos de sociabilidad y actividades muy variadas, aparentemente satisfactorias, pero cuyo carácter efímero contradice la afirmación de satisfacción. En cambio una limitación de actividades y relaciones puede implicar mayor profundidad y entrega a las restantes.

Con lo anteriormente expuesto no considero haber agotado la infinita variedad y riqueza de manifestaciones que implica el contacto con el enfermo mental, cuya captación, por otra parte, tampoco es posible en el curso de unas cuantas entrevistas tendientes fundamentalmente, al establecimiento de

un buen diagnóstico que permita la institución sin grandes demoras del tratamiento adecuado. Sin embargo espero haber podido transmitir el espíritu que debe regir la investigación anamnésica.

V.- EJEMPLO DE ANAMNESIS

Consideró que el cambio era obra de la mala voluntad del comandante y que éste lo malinformaría con su futuro jefe. Comenzó a sentirse angustiado y nueve días antes de emprender el viaje a su nuevo lugar de residencia empezó a embriagarse diariamente. Pocos minutos después de abordar el vehículo que lo llevaría a Z., comenzó a alucinar que de un tubo salían las voces de otros pasajeros que lo habían invitado a compartir una botella de licor, diciendo que él y su esposa eran "putos y que perdería pronto a su mujer porque al fin ya no podía con ella". Al llegar a Z. notó que ya toda la gente "sabía mucho de él y gritaban: ahórquenlos, les llegó la hora". En el hotel escuchó la voz de su hermano M. y de su padre, que le informaban de la muerte de su madre y discutían con el encargado de la administración que el verdadero apellido del paciente era C. y no B. Ambos le reclamaban al paciente haberse cambiado su verdadero apellido. M. gritaba: "¡Viva A.C., A.C. no es puto, pero A.B. sí!" El paciente intentó calmarlos diciéndoles que ambos eran una misma persona y prometiendo cambiarse el apellido. La voz del hermano lo perdonó, pero alucinó la figura del padre que lo llamó cobarde y amenazó con colgarlo de un árbol junto con su esposa, mientras el hermano soplaba sobre el hijo mayor del paciente para transformarlo en monstruo y sobre él para convertirlo en mujer. Al sentir que el aire le penetraba por los pantalones, se despojó de ellos, gritaba inarticuladamente y se tocaba bruscamente el pene, lo que motivó que la esposa lo llevara a la enfermería del cuartel. Allí una voz que no pudo reconocerle informó que por orden del general había sido violado por tres soldados. Ante la persecución de su hermano y el general, que querían matarlo, huyó de la enfermería y fue encontrado dentro de una zanja, desnudo. Veía continuamente parejas en coito, encontrando entre ellas a su madre y esposa. Se veía en constante peligro de destrucción, bien mediante un "gas" cuya procedencia ignoraba, que le arrojaban para transformarlo en "monstruo de dos cabezas y dos corazones" y un "humito" gracias al cual se dormiría, quedando a merced de

la tropa que "lo violaría, se le caería el miembro y no podría entrar así ni siquiera al purgatorio". Se protegía de todas estas amenazas, que continuaron pocos días después de su internamiento en la sala de neuropsiquiatría, a donde llegó en ambulancia de su corporación, poniendo migajón y papeles en las rendijas del separo en el cual se le colocó, debido a que presentaba intensa agitación motriz que lo hacía golpearse la cabeza contra las paredes. Presentó además insomnio que cedió a base de ganglioplégicos, lográndose también con ellos controlar la agitación y colocarlo en situación de entrevista.

El paciente es producto de una unión libre disuelta poco tiempo después de su nacimiento. Ambos progenitores poseían hijos de uniones anteriores, siendo el paciente el menor de ambas series.

El padre murió un año y medio antes de la fecha en que se estudió al paciente. Fue un campesino muy trabajador, honrado y apreciado por sus vecinos; aunque firme en sus decisiones, duro en los castigos (golpeaba con reata mojada) y exigente en cuanto al cumplimiento de las labores que encomendaba a sus hijos; el paciente se considera su consentido, pues por ser el menor acompañaba a todas partes al padre y recibía siempre una retribución económica por las labores que efectuaba. Aunque temía los castigos del padre y se ocultaba en un cajón o huía de casa para evitarlos, se sentía apoyado y protegido, considera que gracias al padre, que lo enseñó a trabajar y a tener sentido del deber, no es "una cosa totalmente echada a perder". Al comenzar a trabajar envió pequeñas sumas de dinero al padre, cuya muerte lamentó, culpándose por haber sido tan despegado de él una vez que tuvo que separarse de su lado.

La madre, de 72 años, comerciante en pequeño, padece tuberculosis pulmonar, nunca se preocupó por la educación ni cuidado de sus hijos, dejándolos vagabundear a su antojo, no los golpeaba, pero

los culpaba de provocarle diversos achaques cuando peleaban entre sí en su presencia. El paciente se sintió poco querido por ella, le reprochó durante su adolescencia el haberlo hecho malcriado y vago por haberlo dejado sin dirección, "criándose solo". La esposa informó que en la única ocasión en que la madre visitó al enfermo, expresó el deseo de verla su hijo "mejor muerto que loco". La Sra. no se cuidó nunca de ocultar su vida sexual a los hijos. El paciente intentó sin éxito correrle a uno de los amantes cuando contaba 11 años, siendo objeto de burla por parte de la madre.

Tiene cinco hermanos de padre y dos de madre. El menor de los primeros (M.) le lleva 10 años, ignora las edades de los demás pues convivió muy poco con ellos, ya que al poderse valer por sí mismo buscaron en otros lugares medios para subsistir y fundar su propia familia. M. lo protegió siempre, lo llevaba a pasear y le contaba cuentos de aparecidos y brujas. Sólo recuerda haber tenido una pelea con él, hará 10 años, debido a que M., estando borracho, empujó al padre que lo reprendía por el estado en que se encontraba. Hasta la fecha el paciente mantiene correspondencia con su hermano, se apoyan y se aconsejan mutuamente y buscan cualquier oportunidad para reunirse, festejando la ocasión con una parranda.

Con los hermanos maternos, un hombre y una mujer, cuatro y ocho años mayores que él respectivamente, siempre tuvo malas relaciones. La hermana lo llamaba arrimado, no le permitía tocar sus pertenencias, le aventaba la comida en la mesa y lo irritaba poniéndole apodos. Desde niño el paciente evitó su compañía y actualmente sólo sabe de ella por lo que su madre le platica. Con el hermano, maestro rural, que lo sostuvo económicamente y se encargó de hacerlo asistir a la escuela, trató de acercarse y hacerse útil de niño para conquistar sus simpatías, pero nunca logró sentirse realmente apoyado y querido. Actualmente se encuentra resentido con él porque se ha mostrado descortés e indiferen-

te con la esposa del paciente.

Sólo sabe de su nacimiento y primera infancia que su madre lo hizo alimentar por una chiva porque "nació con el cuello torcido" y según consideró la Sra. así se curaría. Vivió con ella hasta los tres años y no tiene de ese período ningún recuerdo. A esa edad y sin que conozca la causa, fue a vivir al lado de su padre. Se recuerda a partir de esa fecha como un niño inquieto, travieso, juguetón, amiguero y valiente. Describe esta época, que duró hasta los nueve años, como la más feliz de su vida, nada le preocupaba, se sentía seguro y protegido, hizo amigos y cursó con nueves y dieces los dos primeros años de la primaria. Las dos madrastras que tuvo en ese lapso aunque no lo castigaron, tampoco lograron transmitirle la sensación de tener una verdadera madre.

A los nueve años la madre, cuya existencia conocía, aunque nunca intentara verla, decidió llevárselo a vivir con ella, consiguiéndolo pese a la oposición y ruegos del padre, ya que el paciente, seducido por las promesas de juguetes y comodidades que le ofrecía la madre y por su deseo de tener como los demás niños "una mamá de verdad", decidió irse con ella a otra ciudad. Coincidió con este cambio la interrupción "automática" de la eneuresis que siempre presentó el paciente y nunca fue objeto de atención por parte del padre. La madre cambió el apellido paterno del paciente (C.) por el que llevaban sus otros hijos (B.). Dejó de asistir a la escuela, comenzó a fumar, se la pasaba días enteros vagando por las calles, sin que la madre se preocupara por saber dónde se encontraba. En cambio el hermano practicaba con él sus técnicas de enseñanza y consiguió hacerlo terminar la primaria a los 15 años. Para "recuperar el tiempo perdido" hizo la Secundaria en dos años, logró ser apreciado por sus compañeros y maestros por su aplicación, pero además porque "habiendo aprendido tantas cosas en la calle, los compañeros lo consideraban muy vivido y le pedían consejos e informa-

ción sexual". Al terminar la Secundaria se fue a trabajar con un tío de bracero, movido por el deseo de viajar al extranjero y ahorrar dinero para poner un negocio propio. Al año y medio, habiendo cumplido estas metas, regresó al país y estableció un pequeño comercio en el que fracasó porque dilapidó las ganancias y lo desatendió por andar en "francachelas" con amigos y prostitutas. A los 22 años, deseoso de "rehacer su vida", ingresó al ejército, se sometió rigurosamente a la disciplina, dejó de embriagarse, consiguió la protección de un comendante que lo destinó a su servicio doméstico, logrando hacer ahorros que le permitieron reunir la fianza requerida para ingresar al Colegio Militar.

Fue allí un buen alumno, querido y respetado por jefes y compañeros, protector de los "pelones", con muchos de los cuales aún conserva relación, los aconseja y regaña "como un padre a sus hijos". En el ejército obtuvo ascensos como le correspondía cada tres años y fue distinguido con cargos honorarios que desempeñó satisfactoriamente, hasta las dificultades con el comendante relatadas anteriormente. Establece escasas relaciones en plan de igualdad, es fundamentalmente protegido por los jefes o protector de los subalternos.

Inició la masturbación a los once años con gran temor, pues había oído que "el esperma tiene relación con el cerebro y que su desperdicio puede acarrear la locura". Al parecer las pláticas de amistades callejeras, que lo informaron de todo lo relativo al sexo, lo estimularon a dicha actividad. La abandonó a los 15 años, al percatarse de que cada vez que se masturbaba se le dormía la pierna izquierda, lo que le hizo concebir el temor de quedarse paralítico. Inició relaciones sexuales con prostitutas a los 16 años, al principio con temor a contraer una enfermedad venérea y a ser rechazado, pues no sabía "cómo hablarle a una mujer", pero una vez superado el miedo inicial se convirtió en "adicto al sexo", robando dinero de la tienda de la madre y posteriormente gastando el propio en la asisten-

cia a prostíbulos. En cambio era muy tímido con "muchachas decentes" y nunca se atrevió a tener novia. Al ingresar al ejército, estableció relación durante seis meses con una prostituta de la cual se enamoró porque era cariñosa y tolerante, lo complacía en todo "hasta dejaba de trabajar por verme". Pero la abandonó al ver que una ocasión salió a bailar fuera del prostíbulo con otro hombre. El paciente se negó a volver con ella a pesar de sus ruegos y a conocer al hijo que le atribuyó. De esto último se siente culpable, pero no hace nada por repararlo.

A la esposa la conoció estando en el último año del Colegio Militar, se la presentaron en una fiesta y ese mismo día iniciaron relaciones sexuales. Nunca pensó tomarla en serio, porque era tres años mayor que él y ya había tenido relaciones sexuales, pero al poco tiempo de frecuentarla le anunció un embarazo y él se sintió responsable, teniendo que casarse para "evitarle al niño que le pase lo que a él". La Sra. se queja de la desconsideración e infidelidades del paciente, que aunque cumplido económicamente, es poco afectuoso, casi no salen juntos y se comunican muy pocas cosas, por lo que ignora casi todo con respecto a la vida previa de su marido. Además éste le reprocha continuamente en forma abierta o muy poco encubierta, el haber frustrado sus planes de estudiar una carrera universitaria por el precipitado matrimonio y el haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales. A su vez el paciente la describe como peleonera, exigente, inculta, gritona y dominante que trata de conseguir afecto, compañía o dinero violentamente (en una ocasión le prppinó una puñalada en un glúteo), o bien mediante períodos de prolongado silencio y negativa a tener relaciones sexuales. Estas resultan para el paciente siempre satisfactorias, pero nunca se preocupa porque su esposa obtenga ningún placer. Ha tenido frecuentes relaciones extramatrimoniales, sin establecer ligas intensas y abandonando a sus amantes en cuanto surgen exigencias económicas o afectivas por

parte de ellas.

Dice querer mucho a su hijo, pero lo castiga a golpes y después, presa de arrepentimiento lo colma de regalos y atenciones.

El diagnóstico del paciente fue reacción esquizofrénica aguda indiferenciada y como puede observarse, los elementos de sus ideas delirantes y alucionaciones, son fácilmente explicables en función de su historia.

CONSIDERACIONES FINALES

Por medio del presente trabajo he intentado dar una visión muy general de la forma, técnica, circunstancias favorables o desfavorables para el desarrollo de la entrevista clínica, tendiente al esclarecimiento de las pautas de conducta y situaciones históricas que favorecen la aparición de la enfermedad mental y del modo y razones para investigar ésta en forma ordenada y sistemática, pasos previos imprescindibles para llegar al diagnóstico y comprensión dinámica del paciente, conocidos como anamnesis.

Con ellos no queda de ninguna manera terminado el estudio del enfermo, se requieren no sólo la exploración cuidadosa del estado mental, sino también en los casos en que se sospecha la existencia de padecimientos orgánicos, el estudio neurológico o somático en general del paciente, así como los exámenes de laboratorio o gabinete que permiten establecer un buen diagnóstico diferencial y una terapia adecuada a los diferentes factores causales, predisponentes o contribuyentes a la patología presente. Los estudios psicológicos que determinan el deterioro de diversas funciones y capacidades del paciente, la existencia de conflictos inconscientes y las técnicas empleadas para enfrentarlos; los datos aportados por la trabajadora social y en su caso por las enfermeras encargadas del cuidado del paciente, aportan elementos valiosos para la justa valoración y diagnóstico del paciente, ya que permiten conocer la forma en que se comporta frente a situaciones imprevisibles e inestructuradas, a diferencia o en concordancia con lo que acontece durante las entrevistas clínicas, en las que el entrevistador intenta reducir al máximo los estímulos que puedan perturbar su relación con el enfermo.

Espero haber podido transmitir lo que considero el espíritu que debe regir la relación con el paciente; respeto, honestidad, consideración por el sufrimiento ajeno y discriminación entre la posible patología propia y la del entrevistado. Así

1.- Aguirre Beltran, G.: Medicina y magia. Dir. - de Publicaciones del I. N. I. México, 1963.

2.- Alexander, F. G. y Selesnick, S. T.: Historia de la Psiquiatría. Ed. Spaxs. Barcelona, 1970.

3.- Belsasso, G.: Visión histórica de la psiquiatría en México. Trab. presentado en la reunión conjunta de la Soc. de Neurol. y Psiq. - de Minnesota con la Soc. Mex. de Neurol. y -- Psiq. México, 1967.

4.- Berman, R. G. de.: La entrevista de admisión como instrumento diagnóstico. Psi-Anuario del Col. de Psicol. U. N. A. M. I:69-86, 1969.

5.- Buentello, E.: Estudio de un caso diagnosticado como cleptomanía. Consideraciones en torno del problema. Arch. Neurol. y Psiq. Méx. III-4: 595-602, 1940.

6.- Cabildo Arellano, H. M. y Calderón Narváez, - G. El problema y el programa de salud mental en la ciudad de México. Rev. Fac. Med. Méx. XII-2: 119-125, 1969.

7.- Calderón Narváez, G.: Conceptos psiquiátricos en la medicina azteca contenidos en el Códice Badiano, escrito en el siglo XVI. Rev. - Fac. Med. Méx. VII-4: 229-240, 1965.

8.- _____: Ambiente terapéutico y - tratamiento farmacológico, factores básicos - en la transformación de la asistencia hospitalaria en Psiquiatría. Rev. Fac. Med. Méx. -- XII: 431-434, 1969.

9.- Castellanos, R.: Monólogo de la extranjera. En: Poesía mexicana del siglo XX. Antol. de Monsivais, C. Empresas Editoriales, S.A. México, 1966.

10.- Castillo, M. A.: El médico a través de la his

sic Books. New York, 1953.

34.- Kolb, L. C.: Noyes Psiquiatría Clínica Moderna 4a. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1971.

35.- Kolby, K. M.: A primer for Psychotherapists. The Ronald Press Co. U.S.A. 1951.

36.- Kraepelin, E.: Introducción a la clínica psiquiátrica. Ed. Aleph, S.A. México, 1971.

37.- Laín Entralgo, P.: La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. 2a. Ed. Salvat Editores, S.A. Madrid-Méx, 1961.

38.- _____ :Historia de la medicina contemporánea. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1963.

39.- Luna Husillos, R.: El médico a través de la historia. Rev. Fec. Méd. Méx. XIII-3: 211-217, 1970.

40.- Mac Kinnon, R. A. and Michels, R.: The psychiatric interview in clinical practice. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1971.

41.- Mahler, M. and Furer, M.: Certain aspects of the separation individuation phase. Psychoanal Quarterly. XXXII: 1-14, 1963.

42.- Meneses Hoyos, J.: Los libros de medicina más antiguos del mundo. Rev. Fac. Med. Méx. XIII-3: 239-244, 1970.

43.- Menninger, K. A.: A manual for psychiatric case study. 2nd. Ed. Grune & Stratton. London, 1962.

44.- Mira y López, M.: Manual de psiquiatría. Librería y Editorial "El Ateneo". Córdoba, B. Aires, 1943.

45.- Nahoum, Ch.: La entrevista psicológica. Editorial Kapelusz. B. Aires, 1968.

46.- Pinel, P.: Tratado médico filosófico de la enagenación del alma o manía. (Trad. Dr. D. Luis Guarnerio y Allvena). Imprenta Real. Madrid, 1804.

47.- Ramírez Moreno, S.: Anexos psiquiátricos en los hospitales generales. Rev. Mex. Psiq. Neurol. y Med. Legal. XIII-75 y 76: 15-28, 1946.

48.- Ramírez, S.: Psicología y psicopatología del médico mexicano. Rev. Fac. Med. Méx. II-3: 139-153, 1960.

49.- _____:Historia del movimiento psicoanalítico en México. Neurol. Neurocir y Psiq. XII 4: 145-152, 1971.

50.- Rulfo, J. F.: Un hombre y un hospital general Rev. Fac. Med. Méx. XIII-4: 323-333, 1970.

51.- Sechehaye, M. A.: La realización simbólica. 2a. Ed. Fondo de Cultura económica. México, 1964.

52.- Serrano, C.: El médico a través de la historia. Rev. Fac. Med. Méx. XIV-5: 387-392, 1971.

53.- Slater, E. and Roth, M: Mayer Gross, Slater and Roth clinical Psychiatry. 3d. Ed. Baillere Tindal and Casell. London, 1969.

54.- Somolinos D'Ardais, G.: La enseñanza de la medicina en la Real y Pontificia Universidad de México. Rev. Fac. Med. Méx. XI-1: 76-88, 1968.

55.- Stevenson, I.: The Psychiatric interview. In: American Handbook of Psychiatry. Arieti, S., Editor. Basic Books, Inc., Publishers, New York, 1959.

56.- Sullivan, H. S.: La entrevista psiquiátrica. Editorial Psique. B. Aires, 1959.

57.- Tarachow, S.: An introduction to psychotherapy Int. Universities Press, Inc. New York, 1963.

58.- Vale Mayorga, S.: La historia clínica en psiquiatría: Guía para elaborarla. Rev. Fac. Med. Méx. XIV:5: 371-386, 1971.

59.- Vallejo Nágera, J. A.: Propedéutica clínica psiquiátrica. 3a. Ed. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1952.

60.- _____: Introducción a la Psiquiatría. 6a. Ed. Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1971.

61.- Velasco Suárez, M.: Los tratamientos quirúrgicos en los padecimientos psiquiátricos. Rev. Mex. Psiq. Neurol. y Med. Legal. XIII-77: 6-21, 1947.

62.- Viesca, C.: La medicina contemporánea. Rev. Fac. Med. Méx. XIII-3: 219-224, 1970.

63.- Wiener, H.: Diagnóstico y sintomatología. En: Bellak, L.: Esquizofrenia. Edit. Herder. Barcelona, 1962.

64.- Wolberg, L. R.: The technique of psychotherapy. 2nd. Ed. Grune and Stratton. New York, 1967.

65.- Wolf, W.: Introducción a la psicopatología. 4a. Ed. Breviarios del Fondo de Cultura Económica, México, 1970.

66.- Zilboorg, G. y Henry, G. W.: Historia de la psicología médica. Editorial Psique. B. Aires, 1968.

67.- Zozaya, J.: U. N. A. M. Escuela de graduados. Arch. Méx. de Neurol y Psiq. Epoca II. 1-9: 193-196, 1953.