



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**CAPACITACIÓN DE PASANTES DE PSICOLOGÍA EN  
INTERVENCIÓN CLÍNICA EN UNA INSTITUCIÓN MÉDICA DE  
EXCELENCIA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**P R E S E N T A**

ANNEMARIE BRÜGMANN GARCÍA

Directora de Tesis:

Dra. Luz María Rocha Jiménez

Comité de Tesis:

Dra. Georgina Ortiz Hernández

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez

Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha



México, D.F.

2011.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# AGRADECIMIENTOS

Mi sincero agradecimiento a la Dra. Luz María Rocha Jiménez por haber dirigido este trabajo y, por señalarme atinadamente errores y omisiones. Sus observaciones fueron muy valiosas y sin duda contribuyeron a mejorar la calidad del trabajo.

Va mi agradecimiento también a la Dra. Georgina Ortiz Hernández por haber revisado el trabajo, sugerido ampliaciones y clarificaciones y ayudarme en los engorrosos trámites para la titulación.

A los miembros del jurado, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Mtra. Blanca Elena Mancilla y Mtra. Laura Somarriba Rocha mi sincero reconocimiento por la atención que brindaron al trabajo y sus acertadas recomendaciones, todas a favor de éste.

A todos los psicólogos, que a lo largo de tantos años me permitieron con su dedicación y entrega llevar a cabo este proyecto, ni más sincero agradecimiento. Ellos no saben que en el afán de transmitirles conocimientos me comprometieron a incrementar, actualizar y profundizar constantemente mi propio acervo cultural y profesional haciéndome una mejor persona y profesionalista. Su crecimiento y maduración como psicólogos y como seres humanos me enorgullece y me recompensó con creces mis esfuerzos.

Estoy también en deuda con mis pacientes, que me introdujeron a un mundo con el que no me había enfrentado como psicóloga, el del sufrimiento y dolor físico y el temor a la muerte. Aprendí de ellos que toda enfermedad, de la gravedad que sea, se acompaña del sufrimiento del alma y que a la inversa el sufrimiento emocional puede afectar la salud del cuerpo. La gran variedad de

enfermedades que se tratan en el INN me abrió la visión del campo de la medicina para comprender y tratar más atinadamente a los pacientes.

Estoy también profundamente agradecida a dos Instituciones: a la Facultad de Psicología de la UNAM por permitirme cubrir parte de mis obligaciones como docente extramuros y al Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán” por haberme acogido y apoyado en este proyecto.

A todos mis compañeros del Departamento de Medicina Psicológica, en especial al Dr. Arturo Fernández Cerdeño mi agradecimiento, mi cariño y mi admiración.

Todo el material aquí comprendido no habría sido publicado sin el trabajo paciente, cuidadoso y comprometido de Ana Luisa Escamilla Brüggmann y Citlali Ortiz.

Dedico este trabajo a  
Corinna, Ana Luisa, José Luis y Carlos

# Índice

<b>RESUMEN.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I. FUNDACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PSICOLÓGICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN EN 1972. ....</b>	<b>16</b>
1.1 PRIMER ENCUENTRO CON EL PERSONAL MÉDICO. IMPLANTACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LA “PSICOLOGÍA DE ENLACE” .....	17
1.2 PAULATINO DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PSICOLÓGICA.....	22
<b>CAPÍTULO II. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENSEÑANZA. ....</b>	<b>25</b>
2.1 CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES .....	26
2.2 OBJETIVO GENERAL DEL CURSO .....	27
2.3 INGRESO DE LOS PASANTES.....	29
2.4 EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES .....	31
<b>CAPÍTULO III. EL BLOQUE DE PSICODIAGNÓSTICO .....</b>	<b>35</b>
3.1 LA OBSERVACIÓN.....	35
3.2 LA ENTREVISTA CLÍNICA.....	39
3.2.1 LA ENTREVISTA SEGÚN SULLIVAN.....	39
3.2.1.1.- <i>El comienzo de la entrevista:</i> .....	40
3.2.1.2.- <i>El Reconocimiento</i> .....	42
3.2.1.3.- <i>Indagación detallada</i> .....	43
3.2.1.4.- <i>Terminación de la entrevista</i> .....	47
3.2.2 LA ENTREVISTA SEGÚN GAY COHEN.....	48
3.2.3 OTRAS TÉCNICAS DE ENTREVISTA.....	49
3.2.4 <i>La personalidad de los participantes.</i> .....	53
3.3 LA HISTORIA CLÍNICA .....	55
<b>CAPÍTULO IV. LAS HERRAMIENTAS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....</b>	<b>58</b>
4.1 LA ESCALA DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS W A I S.....	63
4.2 PRUEBA GESTÁLTICA VISO-MOTORA DE LAURETTA BENDER .....	74
4.3 TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER .....	77
4.4 TEST DE LA CASA, EL ÁRBOL Y LA PERSONA. H T P.....	87
4.5 TEST DE FRASES INCOMPLETAS .....	92
4.6 TEST DE COLORES DE MAX LÜSCHER .....	94

4.7 EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (1941) .....	98
4.8 EL TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA .....	102
4.9 PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH .....	115
4.10 EL REPORTE PSICOLÓGICO.....	125
<b>CAPÍTULO V. LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LA INNSZ</b> .....	<b>129</b>
5.1 LA TERAPIA DE APOYO.....	131
5.2 LA TERAPIA REEDUCATIVA.....	132
5.3 LA TERAPIA RECONSTRUCTIVA .....	134
5.4 EFECTO DE LA PSICOTERAPIA .....	135
5.5 DESARROLLO DE DESTREZAS TERAPÉUTICAS .....	139
5.6 PARTICIPACIÓN ASISTENCIAL.....	147
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>162</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>169</b>
<b>ANEXO A.PRODUCCIÓN CIENTÍFICA, PUBLICACIONES Y TESTIMONIOS</b> .....	<b>170</b>
A.1 TESIS DE LICENCIATURA DIRIGIDAS Y SUPERVISADAS EN EL INNSZ .....	170
A.2 PUBLICACIONES .....	176
A.3 TESTIMONIALES.....	178
<i>Testimonio 1:</i> .....	178
<i>Testimonio 2:</i> .....	181
<i>Testimonio 3:</i> .....	184
<i>Testimonio 4:</i> .....	187
A.4 PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN.....	197
A.5 CONFERENCIAS PROMOVIDAS POR EL INN E IMPARTIDAS POR PASANTES.....	200
A.6 RECONOCIMIENTOS .....	202
<b>ANEXO B</b> .....	<b>211</b>
B.1 LISTA DE PSICÓLOGOS Y MÉDICOS EN ENTRENAMIENTO EN EL INNSZ.....	211
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>214</b>

# Resumen

La capacitación de psicólogos clínicos en una institución de salud se inició con la creación de un departamento de Medicina Psicológica en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, donde se desarrolló el presente trabajo. Primeramente elaboré un programa de enseñanza con duración de un mínimo de un año y que ya lleva funcionando desde 1972. El programa comenzó con el entrenamiento en la técnica de la entrevista y la elaboración de la historia clínica. Continué con el bloque de Psicodiagnóstico haciendo una revisión de los conceptos básicos de la medición psicológica, aplicación, calificación e interpretación de los test psicológicos. Seguidamente expuse las hipótesis teóricas que fundamentan las diferentes técnicas de intervención terapéutica a nivel de apoyo y reeducativas. Conforme los pasantes fueron adquiriendo las destrezas en estas tareas, fueron interviniendo, siempre bajo mi supervisión personal. Dado que la institución ofrece una amplia gama de padecimientos, fui involucrando a los pasantes en actividades de investigación y divulgación, algunos hicieron su tesis. La bondad del programa se mide por el excelente desempeño profesional que han tenido en las instituciones donde se desempeñan.

Palabras clave: capacitación de psicólogos clínicos.

# Summary

The Training of clinical psychologists in a health institution began with the creation of the Department of Psychological Medicine in the National Institute of Nutrition Salvador Zubirán, where the present work has taken place. I first designed a training program, a sort of internship of a minimum duration of a year, and this has been functioning since 1972. The program started with interviewing techniques and downwriting of the anamnesis. The chapter of psychological assessment includes the basic concepts of psychological evaluation, the administration, measurement and integration of the most reknown tests. I then presented the theoretical hypothesis of the different techniques of therapeutical intervention at support and reeducational levels. As the students reached the required skill, they started intervening patients always under my personal supervision. The hospital offers a wide range of aliments, rendering the students the opportunity to take advantage of it and cooperate in research, prepare conferences and their thesis. The proficiency of this program can be best judged by the excellent professional performance the graduates have had in the different institutions they are working for.

Keywords: training of clinical psychologists.

“El ser humano está aquí para beneficio de los otros seres humanos, sobre todo aquellos de cuyas sonrisas y bienestar depende nuestra propia felicidad. Pero también de aquellas innumerables almas desconocidas con las que el destino nos une con un lazo de empatía. Muchas veces al día me percato del grado en que mi propia vida externa e interna está cimentada en las obras y empeños de mis congéneres, vivos y muertos, y de cuánto debo esforzarme para dar en reciprocidad todo lo que he recibido”

ALBERT EINSTEIN

# Introducción

Terminaba yo la licenciatura en psicología cuando en 1964, entré a trabajar como ayudante de profesor, invitada por el Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro al Departamento de Higiene Mental de la Facultad de Medicina, en esos momentos dirigida por el Dr. Alfonso Millán. Este Departamento se había constituido, posiblemente a instancias del Dr. Erich Fromm, pues el personal docente lo formaban los psicoanalistas que habían sido entrenados por él. El objetivo del Departamento era primordialmente transmitir a los estudiantes de medicina desde su ingreso, a través de la materia de Medicina Psicológica, el espíritu humanista frommiano, de que todo enfermo es en primera instancia un ser humano, único, que por su condición de paciente sufre, se ve afectado en lo físico, lo familiar, lo laboral, lo social.

Mi egreso de la licenciatura de Psicología coincidió con la fundación del Instituto Mexicano de Neurología y Psiquiatría al que ingresé por recomendación de un colega, como psicóloga. Por esa época, los años 60 y 70, los psicólogos todavía no obteníamos una cédula profesional por parte de la UNAM, por lo que no se nos concedía el status de científicos, todavía fluctuábamos, por pertenecer el Colegio de Psicología a la Facultad de Filosofía y Letras, entre filósofos y científicos. Por lo tanto no había plazas de psicólogos. A eso se agregaba que en el medio de la psiquiatría y mucho más de la neurología al psicólogo se le designaba el rol de “ayudante o asistente” del médico. En el tiempo en que trabajé en la Facultad de Medicina pude observar que eran muy pocas las mujeres que ingresaban a Medicina, la gran mayoría de los

estudiantes eran hombres que hacían gala de su superioridad de género.

En el Instituto Nacional de Neurología y Psiquiatría que apenas se inauguraba, su director, el Dr. Manuel Velásquez Suarez tenía el propósito de convertirlo en una institución de excelencia asistencial, de formación de especialistas y de investigación. Había en esos momentos recursos económicos suficientes para organizar Jornadas de Actualización con la participación de profesionistas invitados de fama internacional y mientras laboré allí el Dr. Guido Belsasso y yo nos encargábamos de la traducción simultánea, ambos del inglés, que era más frecuente y yo del alemán y el francés, lo que me permitió tener contacto con personajes ilustres como Henri Ey, Peter Bloss, Ajuriaguerra, Igor Caruso, Raoul Schindler, Moshe Rosenbluth, Norman Bernstein, Karl Binder, etc.

Es probable que mi participación en las Jornadas contribuyera a que en el Instituto Nacional de Neurología y Psiquiatría el personal médico me aceptó con respeto y como profesionista a su nivel. Nunca se me hizo sentir inferior por ser psicóloga.

Al observar al personal médico, me percaté de que para la mayoría de ellos entre más especializados y prestigiados eran, más importante era mostrar el empleo de los conocimientos científicos de punta. Esto sin duda es loable porque permite formular un diagnóstico certero e indicar el tratamiento adecuado, pero el rigor de la ciencia no debe alejarlos del paciente. Los neurólogos y los neurocirujanos sobre todo, solían distanciarse emocionalmente del paciente, que terminaba siendo el enfermo de la cama 12 o 21 o el enfermo con tal diagnóstico y eran aún más fríos en las sesiones de

patología cuando se presentaba el corte transversal del cerebro del paciente que yo había visto 2 días antes. Predominaba la postura del científico, del investigador, objetiva pero distante. Mientras que los psiquiatras, con algunas excepciones, se mostraban un poco más cercanos, más comprensivos, más interesados en los pacientes pero sin llegar a ser cálidos. No correspondían al clínico empático, al médico que se pretendía formar en la cátedra de “Medicina Psicológica” en la Facultad de Medicina de la UNAM. Este mismo fenómeno lo pude constatar en otras instituciones.

Con el subdirector del Instituto Nacional de Neurología y Psiquiatría, el Dr. Arturo Fernández Cerdeño, que acababa de regresar de Europa de hacer el doctorado con el Dr. Igor Caruso en Viena y con el Dr. Leuner en Göttingen, empecé a colaborar en el trabajo asistencial, en varias investigaciones y publicaciones y habíamos formado un equipo de trabajo muy productivo. Cuando en 1971 él me propuso formar parte de un equipo para fundar un departamento de Medicina Psicológica en el Instituto Nacional de la Nutrición acepté con mucho entusiasmo. El propósito inicial de este proyecto era aplicar aquí las enseñanzas que él había acumulado en el medio hospitalario en el extranjero. Para mí representaba la oportunidad de influir en el personal médico para sensibilizarlo a tener un manejo más humano del paciente y que comprendiera no sólo el dolor físico, sino también el dolor de saberse enfermo, vulnerable, amenazado y en ocasiones enfrentado a la muerte.

Pero aquí también veía yo que se me brindaba la posibilidad de ofrecerle al psicólogo clínico la oportunidad de enriquecer los conocimientos teóricos adquiridos en las universidades y llevarlos al desempeño práctico del trabajo profesional con pacientes reales. El

preparar psicólogos competentes y confiables era el camino para dignificar nuestra profesión, demostrar nuestra utilidad y abrir el campo de trabajo a nuestra profesión.

A diferencia del médico que sale de las aulas muy pronto para realizar prácticas en los medios hospitalarios y posteriormente hace tres años más como residente, el psicólogo pasa los años dentro del recinto universitario con esporádicas visitas a los lugares de trabajo. Su formación es eminentemente teórica, siendo que el ejercicio profesional del clínico se lleva a cabo frente al paciente. Esta es una condición por la que pasaron los psicólogos en todas partes en los años 40's. Rapaport, Mackover, Hathaway lucharon para ser admitidos en los hospitales y tuvieron que entrenar psicólogos y demostrar su eficiencia para ser admitidos en los hospitales. Ahora en otros países ya se reconoce, acepta y forma a los psicólogos en la práctica. Cuando se elaboró este proyecto no teníamos oficialmente acceso a los hospitales, yo, junto con otros, nos "colábamos" en el Manicomio San Rafael y el hospital Floresta donde nos permitían observar, pero nadie asumía la tarea de entrenarnos.

El propósito del programa fue crear una especie de residencia en la que teoría y práctica se complementaran, en la que el psicólogo pueda comprobar y confirmar lo que ha estudiado y en el contacto con el paciente, ante lo que observa, busque la solución o la respuesta en el marco teórico.

La meta posterior sería, al comprobar la bondad del programa y replicarlo en otras instituciones, no sólo médicas, también educativas y penales.

En su etapa de entrenamiento los pasantes realizan todas las tareas que constituyen la actividad profesional del psicólogo clínico:

Observación, entrevista, historia clínica, aplicación, cuantificación e interpretación de test psicológicos, reporte clínico, intervenciones de diferentes tipos. En su participación institucional se les hace asistir a conferencias como simposia, investigaciones y publicaciones.

Cuando inicié este proyecto sentí que los años anteriores había adquirido conocimientos y capacidades sólidas para enfrentarme segura, confiada y entusiasta al reto de este ambicioso proyecto. Conocía las condiciones limitadas para el desempeño del psicólogo y la casi inexistencia de un departamento de psicología en las instituciones de salud en las que trabajé. Siento que el esfuerzo empeñado en esta empresa ha dado frutos que rebasan mis expectativas iniciales.

Me es dado pasar por este mundo sólo una vez. Por eso cualquier cosa buena que yo pueda hacer, cualquier bondad que pueda mostrar a un semejante, debo hacerlo ahora y no retrasar u omitir la acción.

STEPHEN GRELLET

# Capítulo I.

## Fundación del Departamento de Medicina Psicológica en el Instituto Nacional de la Nutrición en 1972.

El grupo de fundadores quedó compuesto por el Dr. Arturo Fernández Cerdeño, el Dr. José Luis Salinas, el Dr. Lauro Estrada Inda, todos ellos psicoanalistas y yo como psicóloga. Luego se incorporaría la Dra. Lucía Cuevas, psicóloga también. El Dr. Salvador Zubirán, entonces director del Instituto, dio su anuencia al proyecto. No necesito abundar en los méritos del Dr. Zubirán, que son muchos. Fue ampliamente reconocido como médico, fundador de instituciones, incluyendo el de Nutrición, rector de la UNAM, médico de cabecera de muchos presidentes de su época, pero sobre todo un gran humanista. El Dr. Zubirán nos dio siempre su apoyo y aprobación y fue siempre respetuoso de nuestro trabajo. Empezamos a asistir, no hubo una ceremonia constitutiva. No había presupuesto para nuestro trabajo, tampoco se nos asignó un espacio. Lentamente tuvimos que ir ganándonos el espacio y el reconocimiento de los otros departamentos. Se elaboró un plan de trabajo, se estructuró el organigrama, y con esto quedó constituido el Departamento. Los integrantes recibimos el nombramiento de “Consejeros Honorarios”, lo que implica que éramos voluntarios, sin remuneración.

Se nos concedió un locker para los cuatro en el pasillo interior de la consulta externa, donde podíamos guardar nuestras batas y las pruebas psicológicas de mi propiedad, que necesitaría aplicar. No teníamos consultorio propio. En 1972 el número de pacientes

que acudían a la consulta no eran tantos como ahora (con los años la demanda ha crecido exponencialmente). Investigamos que el cardiólogo y el neurólogo no acudían todos los días, así que pedimos permiso de ocupar estos consultorios en los días que quedaban libres. Estos consultorios tenían instalados aparatos de la especialidad, de manera que nos acomodábamos con nuestros pacientes en el espacio libre. Empezamos a acumular nuestros expedientes en un espacio que nos hicieron en un archivero del Dr. Juan Cruz Kron, subdirector del Instituto y ocasionalmente, su secretaria, nos apoyaba con trabajo secretarial. Pasó más de un año para que nos concedieran un cubículo propio, que nos turnábamos y una minúscula “sala de juntas” y claro, un archivero propio. Así empezó el Departamento de Medicina Psicológica.

### **1.1 PRIMER ENCUENTRO CON EL PERSONAL MÉDICO. IMPLANTACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LA “PSICOLOGÍA DE ENLACE”.**

La primera prioridad de nuestro proyecto de Departamento de Medicina Psicológica la tenía el establecer un vínculo con el personal médico y el paciente, una especie de “enlace”, a través del cual se lograría una mayor comprensión de las necesidades del paciente, que redundaría en beneficio para ambas partes. Esta técnica de Psiquiatría o Psicología de Enlace o de Liaison, en francés, se empezó a emplear en Londres desde los años 50 y se había extendido en Europa y Estados Unidos pero era desconocida en México.

Estos equipos multidisciplinarios son conocidos como “Grupos Balint” por el nombre de su iniciador. Para comprender su origen

tenemos que remontarnos a los principios del psicoanálisis. Sigmund Freud había establecido una estrecha relación de amistad con el psicoanalista húngaro Sandor Ferenczi. Solían pasar juntos las vacaciones incursionando en el territorio austrohúngaro. La relación se mantenía por la actitud tolerante y complaciente de Ferenczi y su aceptación de los postulados freudianos. Sin embargo cuando Freud hizo ampliaciones a su teoría e impuso como técnica terapéutica la regla de la abstinencia, surgió una controversia muy seria. Ferenczi era conocido como el psicoanalista de los “casos difíciles” y por el éxito terapéutico que tenía con jóvenes rebeldes e intratables. Esto se debía en gran parte a su disposición empática y afectuosa. Él mostró no estar de acuerdo con Freud, lo que llevó a un distanciamiento de los hasta entonces buenos amigos. Se estaba preparando el congreso de psicoanálisis de 1920 y Freud trató de disuadir a Ferenczi de presentar allí sus objeciones. El problema terminó con la muerte “oportuna” de Ferenczi. Freud adujo que el comportamiento “iluso y contrario a toda razón” mostrado por Ferenczi, al final de su vida era prueba de un proceso demencial, que produjo el rompimiento.

¿Qué tiene que ver todo esto con la Psicología de Enlace? Uno de los discípulos y colegas más cercanos a Ferenczi era Michaël Balint (1896 – 1970), psicoanalista también y bioquímico. Era también húngaro como su maestro. Había participado en la 2ª Guerra Mundial y después de una estancia en Berlín regresó a Budapest donde jugó un papel protagónico en el psicoanálisis húngaro. A la muerte de Ferenczi, Balint ocupaba la presidencia de la Sociedad Psicoanalítica Húngara y defendió valientemente la salud mental, el poder reflexivo y la claridad de razonamiento de su

maestro, de quien había aprendido el trato comprensivo, cercano, afectuoso con sus pacientes, lo que marcó su posterior trayectoria profesional. Durante la década de los 30 la situación política de Hungría impedía la enseñanza de la psicoterapia. La condición de judío de Balint ponía en riesgo a su familia, por lo que emigró a Manchester. En 1945 se trasladó a Londres donde formó un grupo de trabajo y juntos desarrollaron en 1950 el primer “Grupo Balint”. Esa aportación de Balint a la medicina británica le valió en 1961 la Presidencia de la Sociedad Psicoanalítica Británica.

La Psiquiatría o Psicología de Enlace, también conocida como interconsulta de Liaison, se lleva a cabo en un hospital o en servicios médicos cuando el equipo médico primario acude al equipo de psiquiatría o psicología para ser asistido con el fin de esclarecer dudas, inquietudes o interrogantes sobre la salud mental de un paciente y cómo esto afecta a su cuidado o tratamiento. Pero la técnica Balint va más allá de la interconsulta. Se constituye un grupo interdisciplinario incluyente que enfoca la atención de sus participantes no sólo en los síntomas estrictamente médicos, sino que pretende lograr el conocimiento integral de un individuo que sufre y tiene necesidades específicamente humanas, que se ven afectadas o agudizadas por su padecimiento.

El primer problema que hay que sortear, es que el equipo médico y el equipo psicológico no hablan el mismo idioma. Los médicos han sido entrenados en técnicas de indagación, auscultación, palpación, percusión, emplean los ojos, los oídos y las manos, ven, oyen y tocan los signos de la enfermedad. Cuentan ahora con las pruebas más sofisticadas de gabinete y laboratorio, cada vez más variadas, diferenciadas y precisas. Su misión es

cumplir con rigor científico el compromiso de restablecer el estado de equilibrio, esto es, el estado de salud del paciente en lo posible o hacer su malestar más soportable. Por lo general no han sido entrenados para observar los sentimientos, las motivaciones, las preocupaciones del paciente, que lo acompañan en el transcurso de la enfermedad. La capacidad de captar emocionalmente a una persona, la empatía, no se desarrolla en todos los médicos.

El aspecto emocional del paciente fue el objeto de Estudio de Sigmund Freud formulado en la teoría psicoanalítica. Establece un postulado teórico, el modelo de un “aparato psíquico”, que se constituyó a lo largo de una historia biográfica, cuyo trayecto en la mayoría de los casos ha estado sujeto a frustraciones, culpas, malestar emocional, que dejan huellas indelebles en la personalidad del sujeto.

El modelo médico se apoya en un cuerpo anatómico, en el que órganos y sistemas se mantienen mediante complicadas funciones metabólicas bioquímicas. Los trastornos son localizables en un espacio corporal. La Medicina Psicológica ha tenido que crear una complicada teoría para tratar de explicarse en forma abstracta lo que no puede palpar en concreto en el espacio. Es atemporal, porque su objeto de estudio es el hombre, que ha evolucionado a lo largo de millones de años diferenciándose paulatinamente de las otras especies hasta alcanzar el estadio del homo sapiens (término arrogante y narcisista, pero . . .), un ente que piensa, siente y actúa, ha creado cultura, ha transformado su entorno, ha establecido niveles de valores. ¿Cómo podemos entender a este hombre? A través de la introspección, la intuición, la empatía,

porque “nada humano nos es desconocido”, si tenemos la verdadera intención de entendernos.

De esto se desprende que la conceptualización de la medicina y de la psicología no se complementan recíprocamente a priori, ya que se expresan en diferentes niveles de comunicación. Los grupos de enlace, para ser operativos, tienen primeramente que crear un lenguaje común.

Desde mi participación en la Facultad de Medicina me había preocupado y ocupado por transmitir la postura humanista del Departamento de Higiene Mental a los médicos en formación. Ahora, introducir en el Instituto Nacional de la Nutrición la Psicología de Enlace, me pareció una espléndida oportunidad de llevar a cabo este anhelo que venía alimentando hace tiempo.

La mística de los Grupos de Balint encontró eco en el Dr. Zubirán, quien dirigía con este mismo espíritu al INN. Se hicieron reuniones con los médicos de los diferentes departamentos, se les expuso nuestro plan de trabajo y fue el INN la primera institución en México donde empezó a funcionar la Psicología de Enlace. Aprovechamos congresos o eventos académicos para difundir la técnica y pronto el Hospital General y otros hospitales la adoptaron también. Nos reuníamos con los médicos en las sesiones ordinarias de revisión y supervisión de los pacientes hospitalizados, se presentaban los casos y nos señalaban a los pacientes que era conveniente entrevistar. En la siguiente sesión comunicábamos nuestra impresión desde el punto de vista psicológico, los rasgos de personalidad a tomar en cuenta, el estado mental y emocional del paciente y sugeríamos el mejor manejo para favorecer la adherencia terapéutica. Yo era la encargada de aplicar los tests

psicológicos. Los médicos, sobre todo los residentes, se dieron cuenta de que nuestra intervención les permitía tener una visión más amplia, pero sobre todo más humana, que beneficiaba tanto al médico como al paciente. El Departamento mantuvo cierta autonomía prestando servicio a todas las especialidades médicas dentro del hospital que lo solicitaran. La relación del grupo interdisciplinario fue de mutuo aprecio y de aprendizaje recíproco.

## **1.2 PAULATINO DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PSICOLÓGICA**

Conforme se fue extendiendo nuestro espacio físico también se fue ampliando el personal que ha laborado en el Departamento. Se establecieron convenios con el Hospital Fray Bernardino Álvarez y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, que nos enviaron residentes de Psiquiatría en rotación y con la Facultad de Psicología de la UNAM, que me permitió cumplir mi compromiso docente en el Instituto dos días a la semana. También se estableció convenio con la Universidad Anáhuac. De ambas recibimos pasantes de psicología para hacer su servicio social, elaboración de tesis e involucración en investigaciones de los diferentes Departamentos. Todos ellos, al igual que los fundadores, han aportado su entusiasmo y su esfuerzo desinteresadamente.

La aceptación de los candidatos no ha sido automática, ha estado condicionada a que pasen por un proceso de selección fundamentado en pruebas psicológicas y entrevistas con los analizados. Además el Instituto exige, para aceptar a un pasante, un compromiso de un año de servicio. En la práctica han sido pocos

los rechazados, pues ya venían preseleccionados por las instituciones que los referían y muchos de ellos permanecieron voluntariamente en el servicio por mucho más tiempo, algunos hasta que se abría una plaza e ingresaban al personal oficial del Departamento. Todos han entendido que ser admitido en Nutrición es un privilegio, que deben ganarse con puntualidad, asistencia, responsabilidad y compromiso.

Se amplió el campo de trabajo abarcando no sólo la consulta externa y hospitalaria a pacientes, sino también al personal de la Institución que lo solicitara. Ocasionalmente se nos pidió apoyo para llevar a cabo la selección de médicos aspirantes a la Residencia. Apoyamos también como docentes a la escuela de Enfermería del Hospital.

Al paso del tiempo el personal fue cambiando. El primero que se retiró fue el Dr. Lauro Estrada Inda. Años más tarde el Dr. Arturo Fernández Cerdeño abandonó la jefatura que asumió por poco tiempo el Dr. José Luis Salinas. La Dra. Lucía Cuevas sufrió un accidente y falleció. Otras personas han venido a ocupar sus lugares y de los fundadores yo soy la única que continúa allí. Debo decir que desde mi ingreso a Nutrición fui aceptada con el mismo respeto y valoración que los demás médicos y que soy la única psicóloga que pertenece a la Asociación Médica del Instituto Nacional de Nutrición (AMINN).

El ampliamento del entendimiento tiene dos fines; el primero es para incrementar nuestros conocimientos, el segundo para capacitarnos para transmitir y llevar a otros esos conocimientos.

Locke: "Pensamientos al derredor de la lectura y el estudio"

## Capítulo II.

### Elaboración de un Programa de Enseñanza.

Para entonces, en 1975, en Nutrición se había logrado obtener más espacio y estábamos preparados para admitir pasantes de psicología para hacer prácticas y llevar a cabo su servicio social.

Necesitábamos elaborar un programa de enseñanza que diera los lineamientos claros y estructurados que permitieran a lo largo de un año de servicio la capacitación de los pasantes para lograr las metas que nos habíamos propuesto. Para este fin, aproveché una afortunada coincidencia.

Al desligarse el entonces Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras para constituirse en Facultad autónoma y definirse los diferentes Departamentos, entre los que se encontraba el de Clínica, bajo la dirección del Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro, se nos invitó a varios maestros, a desarrollar un programa de posgrado, una especialidad que abriera un campo de trabajo amplio a los egresados de la licenciatura. El equipo trabajó a lo largo de dos años, al final de los cuales fue sometido el Plan de la “Especialidad en Psicología Clínica y Terapia de Grupo en Instituciones” al Consejo Universitario para su aprobación. En 1975 se abrió esta Especialidad en la UNAM. No se trataba de replicar la especialidad de la Facultad de Psicología, pero consideré, que habiendo participado en la elaboración del Curso y convencida de su bondad, se podría tomar de él algunas asignaturas para darle una mayor solidez a nuestro trabajo.

## **2.1 CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES**

El 1<sup>er</sup> Curso de Especialización de la Facultad de Psicología fue elaborado con el estímulo y apoyo del Director de la Facultad de Psicología Dr. Luis Lara Tapia y aprobado por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo el 1<sup>o</sup> de febrero de 1975. Tenía como finalidad la de formar especialistas a nivel de Post – Grado, capacitados para incorporarse al equipo multidisciplinario de Profesionales en Ciencias de la Salud.

Los académicos nombrados para impartir las clases fueron profesores del área clínica y estuvieron organizados de la siguiente manera:

Promoción y Coordinación: Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro

Orientación Académica: Dr. Abraham Fortes

Colaboración Técnico-Administrativa: Dr. Pedro Valdés Alcántara

Participación: Annemarie Brüggmann  
Rocío Carretero  
Carmen Conroy  
Bertha Besprosvany  
Luis Antonio Gamiochipi  
Juan Maceira

## 2.2 OBJETIVO GENERAL DEL CURSO

Para cumplir con los objetivos generales se crearon las siguientes materias:

Materias Año	INCLUIDAS	NO INCLUIDAS
PRIMER	Evaluación de la personalidad Teorías de la personalidad Curso avanzado de teorías de las Psicosis y de las Neurosis Teoría y Técnica de la Entrevista Estudios del individuo en sus relaciones intrapsíquicas e interpersonales	Propedéutica psicológica Dinámica familiar y de grupo Ecología humana Práctica y divulgación y orientación psicológica a la comunidad
SEGUNDO	Psicoterapia bajo supervisión Teoría y Técnica de modificación de conducta	Teoría de las relaciones maritales Orientación matrimonial Ayuda psicológica a matrimonios Teoría y técnica de psicoterapia de grupo Terapia ocupacional Profilaxis familiar y comunitaria

Para el proyecto de enseñanza del INN se eligieron sólo 7 materias que consideramos pertinentes y no fueron incluidas las que rebasan nuestro propósito.

Para alcanzar estas metas hemos organizado desde 1975 el entrenamiento de los pasantes del INN en 4 fases o bloques:

- 1.- Psicodiagnóstico
- 2.- Desarrollo de destrezas psicoterapéuticas
- 3.- Participación asistencial.

#### 4.- Colaboración en investigación.

Al término del periodo del servicio social, en cuyo transcurso el estudiante estará permanentemente en una experiencia didáctica, el psicólogo clínico estará capacitado para ejercer los siguientes servicios profesionales de asistencia psicológica a la comunidad:

Diagnóstico psicológico  
Orientación psicológica  
Consejo psicológico  
Psicoterapia breve y de relajación  
Investigación

Objetivos específicos del programa:

- 1.- Capacitar al estudiante para establecer, mediante los tests psicológicos pertinentes, un diagnóstico psicológico certero y útil.
- 2.- Capacitar al estudiante para llevar a cabo una entrevista, recabando los datos importantes y necesarios para la mayor comprensión del paciente, guardando siempre el debido respeto y consideración, que merece una persona enferma.
- 3.- Capacitar al estudiante para hacer intervenciones terapéuticas empleando técnicas de relajación individuales y de grupo y técnicas de apoyo y reeducativas.
- 4.- Involucrar al estudiante en las investigaciones del Departamento.
- 5.- Motivar al estudiante para que, aprovechando la gran variedad y cantidad de oportunidades que le brinda el INN, lleve a cabo su tesis profesional.

- 6.- Asistir al estudiante y supervisarlo en su proyecto de investigación.
- 7.- Ayudar al estudiante con el ejemplo y la mística que reina en el INN, a crecer y madurar como ser humano respetuoso y respetable, responsable, comprometido y preocupado por el bien común más que para su propio beneficio.

El Departamento de Medicina Psicológica se ha dedicado desde 1975 a aplicar este programa en el INSSZ para formar psicólogos clínicos (colateralmente también psiquiatras y enfermeras) capacitados para ejercer dignamente su profesión. La formación de recursos humanos se ha visto reflejada en el servicio a la comunidad, en la dignificación de la profesión y en la apertura del campo de trabajo de los Psicólogos.

### **2.3 INGRESO DE LOS PASANTES.**

El pasante llega a un mundo nuevo para él, el personal del Departamento le es desconocido, las instalaciones del Instituto le son extrañas y no sabe a lo que se le va a destinar. Hemos tratado de que se vaya ambientando, a veces lo llevamos a recorrer los largos pasillos, para que aprecie los espacios jardinados con gran esmero y finalmente aterrizamos en la cafetería. Para entonces el stress inicial ha cedido, hace preguntas y está relajado. Nos cuidamos de no llevarlo el primer día a la parte de hospitalización y de urgencias, ya tendrá oportunidad de entrar allí. Hemos tenido malas experiencias. El olor a desinfectante y otros aromas que

despiden las salas de hospital provocan malestar en ciertas personas. Hay unas más susceptibles que otras. En una ocasión, estando entrevistando a un paciente, me volteé a ver a mi asistente y cuál no sería mi sorpresa, que no la vi. Se había deslizado suavemente sin hacer ruido y estaba en el suelo desmayada. Pero no a todos les pasa esto.

A su ingreso primeramente tendrá que familiarizarse con el hospital como construcción y como institución. De un papel de observador pasivo pasará paulatinamente a un rol participativo y activo. Conforme vaya descubriendo todo lo que la Institución le brinda, esperamos se despierte en él la curiosidad, el interés y el deseo de conocer cada vez más y esto lo aliente a participar en las investigaciones del Departamento, para después emprender su propia exploración.

Lo siguiente que tiene que aprender, es que para la institución el paciente es sagrado y que el trato que se le brinda es estrictamente profesional, por lo que no está permitido que una persona no debidamente entrenada lo asista. Así que mientras se le capacite, asiste como convidado de piedra de su asesor, y así, aprende a observar cuando acompaña a su asesor en sus actividades, toma notas, pero no interviene. Debe reportar lo que vio, lo que escuchó y formular una opinión en las intimidades del cubículo, no delante del paciente. Con el tiempo se le irá permitiendo intervenir bajo la vigilancia del asesor. En ocasiones se usa la cámara de Gesell para observar la actitud del pasante, para marcarle posibles errores o sugerirle un cambio de actitud.

## 2.4 EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

Siendo yo la única psicóloga en el Departamento y que no contábamos con mucho espacio, sólo teníamos la posibilidad de admitir a dos, a lo sumo tres pasantes por ciclo. De allí que se estableció una relación muy estrecha con ellos y el programa de adiestramiento tuvo una gran flexibilidad adaptándose a las circunstancias que ofrecía el Hospital en el momento.

Las actividades a desarrollar por los pasantes se organizaron de esta manera:

- 1.- Un día a la semana se reuniría todo el personal del departamento para desarrollar temas de psiquiatría, psicopatología, psicología y especialidades médicas del INNSZ.
- 2.- Un día a la semana se llevó a cabo la sesión teórica de psicología donde se revisaron: las diferentes Teorías de Personalidad: los clásicos, Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Wilhelm Reich, Melanie Klein, Karen Horney, Harry Stack Sullivan, Erich Fromm, Otto Fenichel, John Bowlby, Erik Erikson, Sandor Ferenczi, Otto Rank Frieda Fromn Reichmann y otros más recientes como Daniel Stern, Fairbairn, Annie Reich, von Bertalanfi, Gregory Bateson, Viktor Frankl, Ronald Laing.

En las sesiones teóricas hicimos amplias revisiones bibliográficas de las diversas teorías que se iban presentando en la clínica. Participaban los pasantes que en ese momento prestaban su servicio. A otro grupo, en otro momento, le tocó

otro tema, por lo que no todos participaron y obtuvieron la misma información.

Un tema al que le concedimos mucha importancia fue la psicodinámica de la ansiedad. Habíamos observado la sintomatología y sus manifestaciones somáticas en muchos de nuestros pacientes, pero nos interesaba explorar su etiología. Para esto acudimos a las explicaciones teóricas que ofrecen Freud, Adler, Fenichel, Rapaport, Horney, Mahler, Klein y Bowlby.

Lo mismo hicimos con respecto a la depresión, explorando sus causas bioquímicas, endógenas, psicosomáticas, y el duelo, las pérdidas en Frankl, Caruso y los autores antes citados.

El Dr. Jorge Silva García nos impartió en cierto momento un seminario de interpretación de sueños, en el que exploramos las diferentes técnicas del manejo de los sueños en Freud, Jung, Bonime y sobre todo Fromm, maestro directo del Dr. Silva, pero quien nos transmitió también su forma personal de comprender los sueños.( ver capítulo III)

- 3.- Un día a la semana se llevó a cabo la sesión de Psicodiagnóstico, en la que se revisaron los teóricos de la Psicometría y de los Tests Proyectivos y se expusieron los tests que formaron nuestra batería; estructura del test, aplicación, cuantificación o interpretación, resumen de los resultados, etc.

- 4.- El tiempo restante se dedicó a la aplicación y supervisión de las pruebas, entrevistas, historias clínicas, asistencia a pacientes, etc.
- 5.- Esporádicamente y de acuerdo a lo que surgía en nuestro trabajo, dedicamos cierto tiempo a la discusión de algunas obras literarias pertinentes, una película demostrativa, la Viena de la época de Freud, sus pacientes femeninas y la biografía de mujeres importantes de la época, como Lou Andreas Salomé, Alma Mahler, Gertrud Stein, Virginia Wolf. Entre los hombres: Gustav Maler, Gustav Klimt, Oskar Wilde, Friedrich Nietzsche, Kokoschka.

No todo era trabajo en el Departamento de Psicología Médica, pero a través de todas las actividades había aprendizaje, aún en el trato diario maestro-alumno y en las reuniones y veladas sociales.

La comprensión sana, podríamos decir, no emplea sólo la lógica y los argumentos, sino la intuición, porque la finalidad de la comprensión no es encontrar y comprobar razones, sino saber y creer.

Thomas Carlyle

# Capítulo III.

## El Bloque de Psicodiagnóstico

La primera parte del programa a desarrollar fue y es la capacitación para el establecimiento del Psicodiagnóstico, que se llevará a cabo en el orden siguiente:

- 3.1 La Observación
- 3.2 La Entrevista Clínica
- 3.3 La Historia Clínica

### **3.1 LA OBSERVACIÓN**

El estudiante en entrenamiento tiene que aprender a ver, oír y retener lo que percibe para poder sacar conclusiones. Un buen observador mantiene, como dice Harry Stack Sullivan<sup>1</sup> una atención participativa. La primera percepción visual que tenemos del paciente nos da una enorme cantidad de datos: la complexión del observado, qué estatura tiene, ¿su peso corresponde a su estatura? O es obeso o es flaco. Qué grado de aliño presenta, se ve limpio, cuidado, arreglado o sucio y descuidado. Qué ropa viste, adecuada a la situación, a su edad, congruente, convencional, formal o inadecuada, bizarra, llamativa. De qué clase es la ropa: fina, cara, combinada o vieja, rota, sucia, descuidada. Estos primeros datos ya nos hablan de la clase socioeconómica a la que pertenece el paciente, del cuidado que tiene de sí mismo y de la importancia que le da a su apariencia. A esto se agregan los accesorios: la bolsa o portafolio, el reloj, adornos, alhajas,

---

<sup>1</sup> Sullivan, H.S. (1949) The Psychiatric Interview en Collected Works of H.S. Sullivan. New York, Norton Company Inc. Pp.3 - 244

mancuernas, collares, pulseras etc. La primera impresión es la de una persona sencilla que se cuida o la de una persona que no aprendió a quererse, a la que no le importa la impresión que causa en los demás. En el otro extremo está la persona vanidosa, ostentosa, narcisista, llamativa aún a costa del mal gusto.

En el primer enfrentamiento puede haber contacto visual, pero puede el paciente esquivar la mirada. Generalmente se estrecha la mano del paciente y se le invita a pasar a tomar asiento. La observación se dirige al lenguaje gestual y corporal. El paciente se mantiene tenso o relajado. Casi no se percibe un movimiento del cuerpo, quizá sólo una leve contracción de la mano o el brazo. Por otro lado tenemos al paciente que no puede estar quieto en el asiento, se acomoda y reacomoda, puede llegar a pararse, flexionar las rodillas, presentar una especie de contracción repetitiva que nos resulta molesta. Esto último nos puede indicar un estado de ansiedad, que el paciente no logra controlar. El paciente que se sienta un poco encorvado, inmóvil, hipotenso, como si su propio cuerpo le pesara y no lo puede sostener, nos está comunicando un estado de depresión.

El lenguaje gestual es revelador de estados de ánimo y de reacciones al encuentro con el terapeuta. Antes de que verbalice lo que está pasando en su interior en el proceso de la entrevista, su cara muestra lo que piensa y lo que siente y el observador tiene que estar muy atento a estas reacciones y en qué momento se presentan, con qué tema que se está tratando. Desde luego que hay personas más expresivas: en histerias, estados maniacos, personas poco estructuradas. Y las hay rígidas e inexpressivas como los obsesivos, esquizoides y esquizofrénicos.

Sullivan llama lenguaje vocal a los sonidos que emite el paciente sin que sea una comunicación verbal propiamente. Aquí toma en cuenta algo como: mm, aha, sss, ho, etc. Él dice que este lenguaje pre-verbal corresponde a un estado regresivo en una persona poco estructurada o a una reacción defensiva, como si el paciente se escuchara o se prepara para enfrentar una situación que le genera angustia.

Cuando emite la voz al saludar y empezar el diálogo, debe prestarse atención a las características del sonido. El volumen alto, puede indicar un estado maniaco, una persona que quiere ser oída, que se autoafirma, que domina, que quiere dejar bien claro quien ejerce la autoridad o en ocasiones puede tratarse de una persona hipo-acusica que alza la voz para oírse. El volumen bajo puede indicar depresión, sentimientos de minusvalía, sumisión, que se presenta también con lentitud, frecuentes pausas, que espera que llene el entrevistador. El maniaco habla con gran rapidez y sin detenerse para no dejarle una pausa al entrevistador que aproveche para quitarle la palabra.

Muy importante es cómo articula las palabras, son claramente entendibles o es una especie de murmullo difícil de entender. La tesitura de la voz, el color es digno de tomarse en cuenta. Esperamos en un hombre una voz grave hasta muy grave. Un hombre con voz aguda o tipluda nos parece afeminado o infantil. En las mujeres esperamos una voz aguda, pero no tanto como la voz de un niño. Nos sorprende una mujer con una voz grave y si además es firme y contundente nos hace pensar en una disposición masculina. Una voz más aguda y con inflexiones infantiles se presenta en mujeres infantiles, histriónicas y manipuladoras.

La comunicación verbal articulada nos permite apreciar la dotación natural del paciente y la cultura general que ha adquirido por su propio esfuerzo. Según Wechsler (1942) el nivel cultural de la familia de origen determina en gran medida un aprendizaje libre de esfuerzo, de lo que puede decirse forma la base del acervo verbal. Nos debemos preguntar, si su discurso corresponde al nivel académico que nos ha comunicado que alcanzó. Puede su discurso contener palabras que indican su pertenencia, pensando en México, a un Estado en la República, a una ubicación en la geografía, a un grupo étnico, a una cultura urbana determinada por su generación u origen. El manejo del lenguaje es importante para una comunicación clara. ¿Tiene el entrevistado una capacidad y fluidez aceptable de poner en palabras lo que piensa o siente? Sabemos que en los estados de angustia se presentan bloqueos y que la ansiedad produce confusión de las emociones, pero se necesita cierto dominio del lenguaje para poder establecer una relación terapeuta – paciente.

Mucho contribuye a mejorar la comunicación una actitud aceptante por parte del entrevistador asintiendo con la cabeza, emitiendo vocalizaciones, haciendo sentir al paciente relajado, comprendido y que el profesionalista está con él. Con esto logramos mantenerlo interesado, atento y dispuesto a cooperar, lo que llamamos rapport.

En el INNSZ se permite que los estudiantes en formación primeramente estén presentes en la entrevista que realiza el maestro y a continuación se supone que describirán lo que han observado. Posteriormente deben reportar y describir siempre al paciente con el que trabajan. Considero que esta disciplina, cuando

se vuelve rutina, es de gran utilidad en el primer contacto con el paciente.

## **3.2 LA ENTREVISTA CLÍNICA**

### **3.2.1 LA ENTREVISTA SEGÚN SULLIVAN**

#### **DEFINICIÓN:**

Harry Stack Sullivan<sup>2</sup> define la entrevista psiquiátrica de la siguiente manera: “. . . es una situación de comunicación vocal y verbal entre dos personas o grupos (puede ser la familia, el esposo/a, el maestro etc.) voluntariamente integrada, en la que se desarrolla una progresiva relación experto – paciente, con el propósito de elucidar un patrón característico de vida del sujeto, basado en experiencias particulares problemáticas o especialmente valiosas y que a través de revelarlas se deriva un beneficio para el paciente<sup>3</sup>.”

Insiste Sullivan en que desde el primer encuentro y a lo largo de toda la entrevista el experto debe mostrar lo que llama “observación participativa”, esto es, el paciente debe sentir que cuenta con toda la atención del entrevistador y que éste “participa” de todo lo que el paciente piensa y siente. El entrevistador debe prestar atención al estado de ánimo del paciente, que puede estar irritado, frustrado, insatisfecho, deprimido, angustiado, temeroso, sorprendido, intrigado de lo que pasará en el encuentro. A lo largo de la entrevista deberá el experto aclararse a sí mismo, lo que gracias a “su intuición” ha detectado.

---

<sup>2</sup> Sullivan, H.S. (1949) The Psychiatric Interview in Collected Works of H.S. Sullivan. New York, Norton Company Inc. Pp.3 – 244.

<sup>3</sup> Ídem.

La entrevista se va integrando conforme se va creando una motivación recíproca coincidente, esto es, el examinado debe sentir que esta relación promete ser de utilidad, que al final debe obtener una ganancia y esto lo debe motivar a continuar. En todo este trayecto el entrevistador debe estar alerta a las reacciones del paciente, pero también a las suyas propias. El clima que se va estableciendo va a determinar la continuación venturosa de la intervención o su terminación.

Los pasos de la entrevista:

Comienzo formal

Reconocimiento

Indagación detallada

Terminación.

### **3.2.1.1.- EL COMIENZO DE LA ENTREVISTA:**

El paciente puede llegar a la entrevista de diferentes formas:

- a) Referido por otro profesional con el propósito de establecer un diagnóstico psicopatológico, para ser tomado como paciente en psicoterapia, para formular un reporte para los padres, la escuela, un lugar de trabajo, un juicio legal.
- b) Referido por otro paciente, un conocido o amigo.
- c) Cuando se trabaja en una institución, un hospital, una clínica, una empresa, la institución misma, ya le ha dado la cita previamente y, por lo general ya se cuenta con una ficha de identificación.

En los casos a) y b) el paciente ha llamado personalmente para pedir su cita o alguien (los padres, él o la esposa/a u otra persona) ha pedido la cita.

Es importante tomar en cuenta, si el paciente hace su cita por teléfono, cómo lo hace, si se nota decidido, urgido, dudoso, inseguro, tímido. ¿Entiende el paciente bien dónde está ubicado el lugar de la cita? ¿Tiene dudas? ¿Se presenta puntualmente a la cita, se adelanta (mucho) o se atrasa (cuánto)? (En la Ciudad de México hay que considerar que ya no se puede ser tan estricto en cuanto a la puntualidad como en la Viena de principios del siglo XX lo fuera Sigmund Freud).

Una vez que saludamos al paciente, lo hicimos pasar y tomar asiento, empieza la entrevista. Generalmente se inicia tomando la Ficha de Identificación que incluye nombre completo, dirección, teléfono, estado civil, grado de preparación académica, si trabaja, dónde y en qué. Luego por quién fue referido, cuál es el motivo de la consulta. Yo no recomiendo emplear un cuestionario o checking-list en el que vienen varias opciones y el aplicador solamente señala rápidamente lo que para este paciente es lo pertinente. Desapruebo totalmente la “entrevista” computarizada, en la que se somete al entrevistado (al que no se ve) al enfrentamiento con una máquina. Esto no favorece la relación. El entrevistador debe darle al paciente la sensación de que es un individuo al que se toma en cuenta como tal, hay que transmitir un sentimiento de confianza.

### 3.2.1.2.- EL RECONOCIMIENTO

Esta parte se inicia con la historia familiar patológica y no patológica del paciente.

Edad del padre (si murió a qué edad y de qué).

Lugar de proveniencia del padre.

Escolaridad, estudios o preparación.

Trabajo(s), si en otra(s) ciudad, por cuánto tiempo.

Enfermedades.

En qué año se casó (por 1ª, 2ª vez).

Lo mismo se anota de la madre.

Número de hijos de esta unión. ¿Hay otros hijos de otras uniones?

Los padres siguen viviendo juntos, se separaron, se divorciaron, uno murió.

Cómo se llevan o se llevaron los padres, infidelidad, maltrato verbal o físico.

Cómo se lleva el entrevistado con el padre y con la madre.

Número que ocupa entre los hermanos, cómo se lleva con ellos.

Otras personas que vivan o hayan vivido con la familia, abuelos, tíos, primos, otros.

Quienes siguen viviendo con los padres. Los hijos se han casado y se han independizado o no.

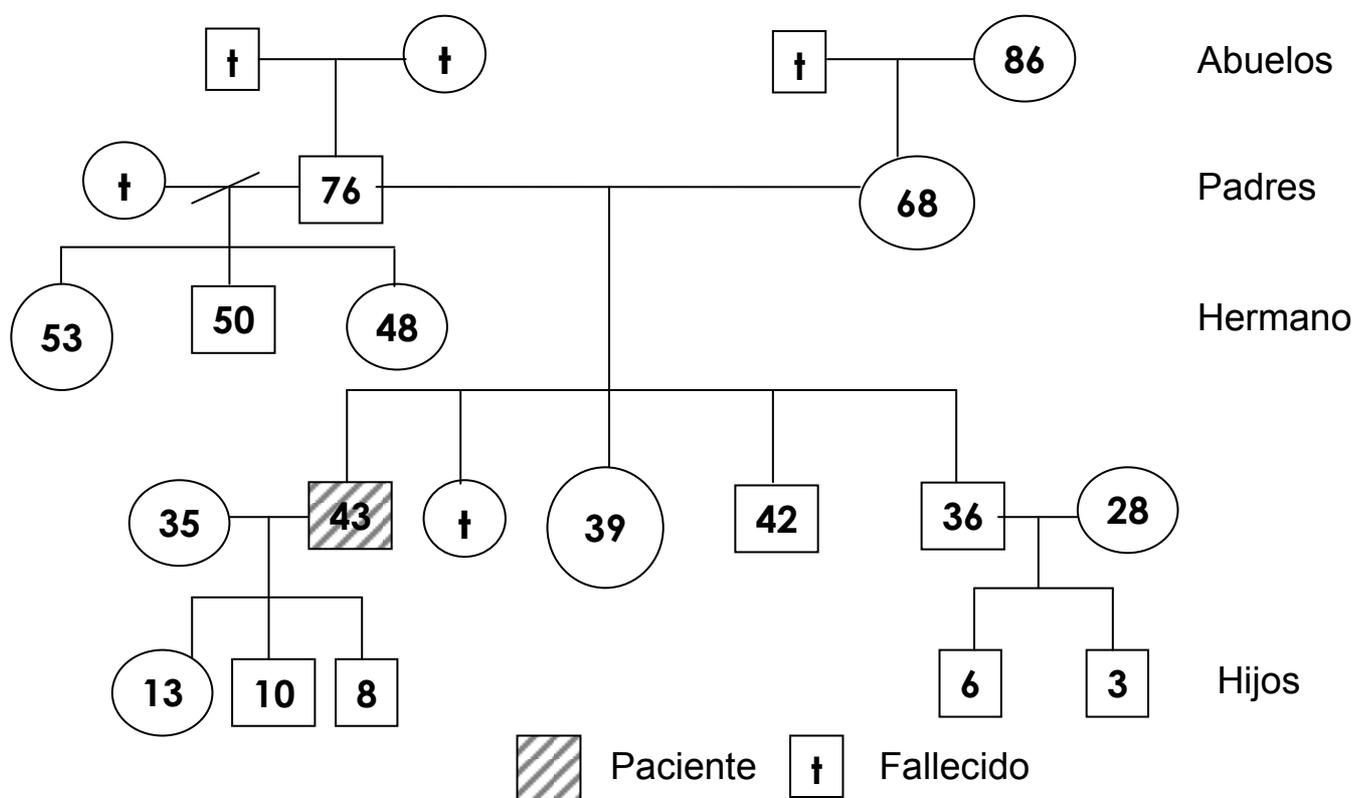
Hay problemas de alcoholismo, uso de alguna otra sustancia,

Patología en algún miembro de la familia: Deficiencia mental, epilepsia, psicosis, diabetes, cáncer, alcoholismo,

drogadicción, delincuencia, SIDA etc., alguna enfermedad crónica.

Con estos datos se puede elaborar un familiograma, que refleja gráficamente el lugar que ocupa cada miembro de la familia.

### FAMILIOGRAMA



#### 3.2.1.3.- INDAGACIÓN DETALLADA

Sullivan sugiere que se obtengan los datos de todo el ciclo de vida del paciente, que él divide en 8 etapas:

Infancia  
Niñez  
Etapa juvenil

} egocéntrica

Pre adolescencia  
Pubertad  
Temprana adolescencia  
Juventud  
Adultez

} alocéntrica

### Infancia.

Abarca desde el nacimiento hasta que se inicia la adquisición del lenguaje. Se caracteriza por una postura egocéntrica, Freud la llama del Narcisismo primario. Lo que el bebé vaya logrando depende sobre todo del proceso de maduración de las funciones neurofisiológicas y de la participación de la madre (o la figura maternizante) en la implantación de hábitos de sueño – vigilia, de alimentación y de control de esfínteres. Se va pasando del lenguaje corporal y gestual a la emisión de sonidos que poco a poco irán a formar un lenguaje articulado. Sullivan sugiere preguntar al paciente, si le dijeron o recuerda cómo se fueron consolidando estas funciones, a qué edad y qué sensación le queda de esta fase.

### Niñez

Si bien esta etapa también es egocéntrica, el niño ya se ha percatado de su entorno próximo, en el que hay cosas y personas y se da cuenta también que depende de éstas últimas para que satisfagan sus necesidades. El desarrollo del lenguaje le va a

permitir demandar y exigir lo que quiere y el desarrollo y maduración motriz, desplazarse y manipular objetos.

### Etapa juvenil

El niño amplía sus contactos sociales, asiste al Kinder Garten y se relaciona con los compañeros, pero sus juegos todavía son paralelos, egocéntricos, no comparte fácilmente sus juguetes. Va adquiriendo hábitos de orden y limpieza. Tiene que aceptar normas y renunciar a sus deseos a favor de su adaptación y aceptación por los demás.

### Pre adolescencia

Este es el nombre que le da Sullivan, pero abarca entre los 8  $\frac{1}{2}$  a los 10 años. Está ya plenamente en la etapa escolar. Las relaciones con los pares son de reciprocidad, ahora si comparte los juegos. Ya no son juegos solitarios y al arbitrio del niño, sino juegos de grupo y sujetos a reglas, que hay que observar, so pena de ser excluido. Sus capacidades están en tela de juicio, se le califica, valora o castiga. En este nuevo contexto tiene necesidad de status, de demostrar lo que sabe y lo que puede. Entra en competencia con los otros y se compromete a cumplir con lo que se propone. Se desarrolla la ambición de tener más, saber más, ganarle a los demás. Aprende a distinguir entre lo que es bueno o malo, loable o reprobable. Su atención se dirige hacia fuera, hacia el mundo que lo rodea de niños y niñas.

### La Pubertad

Con el inicio de la producción hormonal se suceden cambios biológicos y fisiológicos vertiginosos, que alteran bruscamente el

estado de relativo equilibrio anterior. El cuerpo del niño y de la niña crece rápidamente y se transforma adquiriendo las características sexuales secundarias. El cuerpecito al que estaba acostumbrado ya no es el suyo y el nuevo aún no le pertenece, le resulta grande, se tropieza con todo. Experimenta sensaciones corporales extrañas, por lo que a ratos retira su atención del mundo externo y pasa ratos ensimismado, acostumbrándose a su nuevo Ego. A veces se siente orgulloso de su nuevo cuerpo, a veces le incomoda y lo avergüenza. La libido se dirige al objeto heterosexual, piensa en una pareja a la que idealiza, pero que siente inalcanzable. Las primeras relaciones son frecuentemente ambivalentes y desafortunadas como diría Goethe (1810) y cita: se siente “celestialmente feliz y luego mortalmente triste”. Le interesa allegarse información de la sexualidad, pero también desvía su interés a la pornografía, los chistes “colorados”, es voyerista y a veces exhibicionista, usa un lenguaje procaz creyendo así ya ser adulto.

### La temprana adolescencia

Pasada la tormenta hormonal y acostumbrado a su nuevo ser, vuelve al mundo que lo reclama. La escuela le exige rendimientos, debe preguntarse a sí mismo qué quiere ser y hacer al futuro, imaginar un patrón de vida, tener que hacer una elección vocacional. No es fácil porque generalmente no conoce las posibilidades de trabajo existentes, ni lo que se requiere para la práctica profesional o laboral, de ahí que no es infrecuente que a la mitad de un estudio desistan e inicien un nuevo derrotero.

### La Juventud

En esta etapa se reconsolidada un patrón de vida personal. La persona está terminando sus estudios superiores o está ya recibido y trabajando. Si sólo llegó al nivel de educación media, ya se desempeña en el campo laboral. Ha mantenido sus relaciones de amistad anteriores y adquirido nuevas, más afines con sus intereses presentes. Ha iniciado una vida sexual y eventualmente planea casarse y formar una familia. Para esto se esfuerza en el trabajo para ascender a puestos mejores con remuneraciones económicas mayores, que le permitan un nivel económico decoroso.

### La Adultez

Se desempeña en su medio con sentido de responsabilidad, aprovechando las oportunidades laborales, personales, y culturales con miras a su crecimiento. Establece relaciones interpersonales de respeto, compromiso, reciprocidad, ayuda mutua, madura y humana. Este sería el patrón de vida deseable de alcanzar.

Sullivan apunta que a lo largo de la entrevista el examinador debe prestar atención a los logros y a las fallas en cada una de las etapas exploradas. De esta manera va a poder detectar el nivel de maduración o consolidación de la personalidad del examinado, su patología y el diagnóstico clínico.

#### **3.2.1.4.- TERMINACIÓN DE LA ENTREVISTA**

Hay dos formas para dar por terminada una entrevista: un final temporal o provisional y un final definitivo. En el primer caso el

entrevistado puede pasar de la fase de entrevista a una relación psicoterapéutica con el mismo entrevistador.

Los pasos en ambos casos son:

(Para mayor claridad vamos a usar la letra  $E$  para designar al entrevistador y la letra  $\epsilon$  para designar al entrevistado)

- a) El  $E$  presenta al  $\epsilon$  un resumen de lo aprendido en la entrevista.
- b) El  $E$  entrega a  $\epsilon$  una prescripción (una conducta, un cambio, una práctica, un consejo) que  $\epsilon$  debe hacer.
- c) El  $E$  hace una valoración final del probable efecto en el  $\epsilon$  que pueda tener el diagnóstico y la prescripción.
- d) El  $E$  se despide finalmente de  $\epsilon$ .

Hay que tomar en cuenta que Sullivan concedía de 5 a 10 sesiones a cada entrevista.

### 3.2.2 LA ENTREVISTA SEGÚN GAY COHEN

Gay Cohen<sup>4</sup> sigue en gran parte el mismo formato de Sullivan para la entrevista. Solamente agrega para los pacientes de hospital de una institución mental, en nuestro caso médico, los siguientes rubros:

Diagnóstico médico

Historia médica

---

<sup>4</sup> Cohen, R.J. Swedlik, M.E. (1996) *Pruebas y Evaluación Psicológica*. México. Mc Grow Hill. Pp.505 -507.

Condición médica actual  
Historia médica familiar  
Trastornos psicológicos o traumáticos del pasado  
Condición psicológica presente

### **3.2.3 OTRAS TÉCNICAS DE ENTREVISTA**

Al hacer una revisión de otras técnicas de entrevista, Merton, Newman y Redlich<sup>5</sup> aprueban la técnica propuesta por Sullivan, pero aportan otras cuatro consideraciones que deben tomarse en cuenta.

La entrevista dirigida es propiamente un interrogatorio de un formato previamente establecido para obtener escuetamente la información requerida. En el INN la empleamos exclusivamente para verificar los datos que deben cumplirse para la inclusión de un paciente en un protocolo de investigación.

La entrevista no dirigida, cuya premisa es evitar cualquier maniobra diagnóstica según Carl Rogers<sup>6</sup>, no nos resulta útil en una institución médica.

Usamos la entrevista diagnóstica, en la que el entrevistador juega un rol de observador y de participante y su objetivo se centra en la relación de comunicación, que se establece entre el entrevistador y el paciente. (Karl Menninger, 1952)<sup>7</sup>. El terapeuta debe percatarse conscientemente de qué tanto hace serios intentos de entender a su paciente, de realmente escucharle, o como dice

---

<sup>5</sup> Gill, M., Newman, R. & Redlich, F.C. (1954) *The Initial Interview in Psychiatric Practice*. New York, International University Press. Pp. 48 – 92. Freud, S. (1927) *On Interview, an Analysis of a Case of Hysteria* (1905), citado en 3.

<sup>6</sup> Rogers, C.R. (1942) *Counseling and Psychotherapy*. Boston, Houghton Mifflin

<sup>7</sup> Menninger, K. (1952) *A Manual for Psychiatric Case Study*. New York, Grunne & Stratton.

Theodor Reich<sup>8</sup> escucharlo con el tercer oído, de establecer una relación humana cálida y una evaluación comprensiva. Al final de todo nos quedamos con que, más que una técnica la entrevista es un arte.

Los estudiantes de la Facultad de Psicología han contado también con el libro del Dr. Mario Cícero Franco (2000) *Teoría y Técnica de la Entrevista* que él empleaba con éxito al impartir sus clases. Es una lectura introductoria y un manual de actividades expuesto con claridad, que facilitan al principiante su labor.

El Dr. Jorge Silva García<sup>9</sup>, nos aconsejó, que en la entrevista, y al término de la indagación, se pidieran al entrevistado tres recuerdos de la infancia, un sueño repetitivo y un sueño reciente.

Freud ya había apuntado que los sueños son el camino real al inconsciente. En mi formación como terapeuta me dediqué a la lectura de la interpretación de los sueños en la obra de Freud. Estudié otras formas de interpretación en Carl Gustav Jung, Sonime, la simbología en la obra de Cirlot, etc.

Fue hasta que entré en análisis con el Dr. Jorge Silva García que me sorprendió el manejo diferente que le daba a mis sueños y me dejaba satisfecha y con vencida. Empecé a estudiar la comprensión de los sueños en la obra de Erich Fromm, “El Lenguaje olvidado”<sup>10</sup>, lectura que me iluminó ese camino regio, que mencionara Freud y que hasta entonces a mi me había parecido un tanto sombrío. El Dr. Jorge Silva había sido probablemente el discípulo más allegado al Dr. Fromm, había partido de la obra de su

---

<sup>8</sup> Reik, T. (1952) *Listening with the third Ear*. New York, Farrar Straus.

<sup>9</sup> Cícero Franco, M. (2000) *Teoría y técnica de la entrevista*.

<sup>10</sup> Fromm. (1961) *El lenguaje olvidado*. Buenos Aires, Librería Harnette

maestro en el uso de los sueños, pero a partir de Fromm había desarrollado una metodología propia<sup>11</sup>. Hubo la oportunidad de invitarlo a dar un seminario de “La Comprensión de los Sueños” en la Facultad de Psicología de la UNAM en 1985 y allí se formó un grupo tan interesado, que cuando se cubrió el lapso previsto en la Facultad, le pedimos continuar este aprendizaje. A lo largo de 25 años el grupo ha tenido cambios, personas que han tenido que retirar porque sus trabajos los han llevado a otras partes, otras personas que han ingresado. Al presente somos cuatro personas que desde hace desde hace 5 años nos reunimos para presentar los sueños de nuestros pacientes, antes cada semana, ahora cada 15 días.

La participación de todos nos permite ir descifrando el lenguaje oculto del sueño. Fromm decía que un sueño no interpretado es como una carta no leída. El hombre moderno se ha alejado del mundo mítico, mágico, en cierta forma religioso y simbólico del hombre en los albores de la civilización, pero en los sueños sigue expresando sus temores, sus angustias, sus deseos, sus frustraciones empleando este lenguaje arcaico, que es el del inconsciente. Yo agradezco el Dr. Silva su guía, su amistad de muchos años, pero sobre todo el haberme abierto el camino al pensamiento humanista de Erich Fromm. El Dr. Silva con luz propia como un Diógenes nos ha puesto luz al conocimiento más profundo y amplio del ser humano, no sólo de nuestros pacientes sino de nosotros mismos a través de la comprensión, que no interpretación de los sueños.

---

<sup>11</sup> Silva García, Jorge. (1982) Fromm y la comprensión de los sueños. Madrid, Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

Se sabe, por experiencia, que el primer sueño que presenta un aspirante a terapia resume, en forma condensada, toda la vivencia del primer encuentro con el terapeuta. Es una especie de fotografía del soñante: su personalidad, el entorno en el que se mueve, su mundo relacional y la forma con la que se relaciona con los demás. Es probable que surjan miedos, angustias, toda la gama de emociones que se despiertan en la situación planteada en el sueño. También se revelan potencialidades intelectuales y emocionales que presagian el devenir de la relación terapéutica, el diagnóstico y el pronóstico de la transferencia.

En el caso de nuestros pacientes, a los que les pedimos, dentro de la entrevista, que nos relaten un sueño que recuerden y sueños que se hayan repetido no son reveladores de transferencia, pero sí una muestra del mundo interno del sujeto. Los sueños repetitivos nos muestran conflictos no resueltos, si todavía se presentan. Si pertenecen al pasado se revelan problemas que de alguna manera se resolvieron, pero que afectaron por mucho tiempo al paciente y que seguramente han dejado una huella indeleble en su desarrollo.

Freud decía que en los primeros 5 años de vida del niño se modula la personalidad del individuo, se troquela su carácter y se “fija” la neurosis. Efectivamente en esta etapa del desarrollo, el niño tiene una gran plasticidad y las vivencias tienen un impacto emocional más intenso. Al escoger el paciente 3 recuerdos de la infancia aparentemente al azar, su aparición en la consciencia no es casual, ya que dejaron una huella mnémica importante. Los recuerdos nos revelan si el medio ambiente en el que se desarrolló

fue facilitador u obstaculizador de las potencialidades y cualidades naturales del paciente como apunta Winnicott<sup>12</sup>.

(Comunicación personal). Este material nos ha resultado muy útil, ya que corrobora, aclara o amplía datos de la entrevista.

### **3.2.4 LA PERSONALIDAD DE LOS PARTICIPANTES.**

Por más que haya un consenso en la técnica que se adopte y aún cuando dos entrevistadores hayan sido entrenados de forma similar, las entrevistas que conduzcan tendrán el sello inconfundible de su propia personalidad, que se hace evidente desde el primer contacto. Hay terapeutas que necesitan de inmediato establecer su posición de superioridad mostrando su sapiencia. Otros tratan de mostrarse amables, cordiales, sensibles y reafirmantes. Otros permanecen callados, distantes y poco sensibles a la ansiedad creciente del paciente. El paciente a su vez tiene respuestas diferentes. Él está, por naturaleza de la situación, en el rol de suplicante, inexperto, expectante de las consecuencias de la entrevista. Puede mostrarse inepto y humilde, puede mostrar qué tanto sufre y que merece atención y amabilidad. Puede tratar de ocultar su sentimiento de humillación. Las reacciones del entrevistador y el paciente pueden irse modificando en la progresiva redefinición de los roles y el desarrollo de la relación.

Los roles socialmente definidos de los participantes se hacen evidentes en el primer contacto social. Aún cuando el rol del entrevistador está relativamente estandarizado por su

---

<sup>12</sup> Winnicott, D.W. (1964): "La familia y el desarrollo del individuo, Paidós, Buenos Aires

entrenamiento, su posición social y su personalidad no influyen en su concepción de su rol profesional, pudiendo mostrar sutiles o marcadas alteraciones cuando trata a pacientes de diferentes posiciones sociales. (En el INN hemos visto a pasantes de un estrato social medio alto y alto que no pueden entender las condiciones de los pacientes depauperados y humildes.) Los roles que se asignan los pacientes a sí mismos se correlacionan más clara y directamente con su posición social.

El entrevistador debe ser consciente de los roles que habitualmente juega con sus pacientes y los cambios que ocurren en situaciones particulares. Debe estar alerta a los roles que el paciente le adjudica e interpretar el significado defensivo o manipulador, consciente e inconsciente que lo origina.

Los propósitos, tanto del terapeuta como del paciente, pueden ser variados dependiendo de la situación en que se presentan. En nuestro caso, un Instituto Médico Especializado, el propósito principal es asistir al paciente ya inscrito, que ya tiene un diagnóstico médico, para formular un diagnóstico de personalidad que pueda ayudar a los médicos tratantes en su mejor manejo. En segundo lugar se trata de establecer qué pacientes se refieren a las técnicas de relajación, al consejo terapéutico, a las técnicas conductuales, la asignación de tareas adaptativas. En tercer lugar está la referencia a la terapia individual psicoanalíticamente orientada y en algunos casos a la terapia familiar y de grupo. (Especialmente empleada en la anorexia y la bulimia). Los pacientes pueden ser referidos a las clínicas: del dolor, de fibromialgia, de colostomía, de lupus eritomatoso, etc., que son grupos de autoayuda.

### 3.3 LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica es un documento importante pues contiene los datos obtenidos en la entrevista en forma resumida y sistematizada y se conserva en el archivo de la Institución o del profesionalista para poder ser consultada en cualquier momento futuro. Periódicamente se le pueden agregar más datos que muestran la trayectoria de la enfermedad o trastorno.

La Historia Clínica debe contener:

- 1.- Ficha de identificación
- 2.- Motivo de consulta y referencia (si la hay)
- 3.- Historia familiar no patológica
- 4.- Historia familiar patológica
- 5.- Historia personal
  - a) Infancia: Aquí la información puede obtenerse de los padres sobre: condiciones de nacimiento, alimentación materna o biberón, Hábitos de sueño – vigilia, insomnio, terrores nocturnos, hábitos de alimentación, control de esfínteres, desarrollo motriz, lenguaje. ¿Quién tuvo a su cargo la atención del bebé, la madre u otra persona, asistió a Guardería, a qué edad?
  - b) Niñez: Procesos de maduración y aprendizaje. Socialización en casa con la familia, adquisición de destrezas y de hábitos.
  - c) Ingreso a la Escuela: Rendimientos, aprovechamiento, conducta (adaptativa o disruptiva), relación con pares.
  - d) Pubertad: Actitud hacia el cuerpo, identidad psicosexual, preferencia sexual.

Estos datos son muy importantes si tratamos a niños. En los adultos generalmente no se reportan estos datos exhaustivamente, sólo cuando han tenido consecuencias importantes.

- e) Área Relacional: Como se ha socializado con el padre, la madre, los abuelos (si los tuvo), los hermanos, otros familiares, el o la esposo/a, los hijos, amigos, jefes.
- f) Historia Escolar: Guardería, Kindergarten, Primaria, Secundaria, Preparatoria, estudios superiores, carrera técnica. Otros cursos, idiomas y destrezas.
- g) Sexualidad: Identidad psicosexual, preferencia sexual, juegos sexuales, inicio de vida sexual, noviazgo, matrimonio, función sexual, satisfacción.
- h) Enfermedades: Curables, crónicas, incapacitantes, graves.
- i) Hábitos dañinos: uso y abuso de alcohol, tabaco, drogas, narcóticos, medicamentos, prácticas riesgosas: montañismo, buceo, deportes, motociclismo, etc.
- j) Estados de Ánimo: Temores, culpas, depresión, ansiedad, soledad
- k) Intereses: recreacionales, culturales, religiosos, políticos, sociales, científicos (en qué campo), humanistas, estéticos (pasivos o activos), deportivos, literarios, históricos, lingüísticos, hobbies.

Finalmente se organizan los datos para poder formular un diagnóstico o al menos una impresión diagnóstica. Es de gran utilidad elaborar un familiograma.

Prenderé una vela de entendimiento  
en tu corazón, que no deba  
apagarse.

Génesis II Edres: 14:25

## CAPÍTULO IV.

### Las Herramientas de la Evaluación Psicológica

El psicólogo cuenta actualmente con un vasto arsenal de instrumentos de medición y apreciación de la personalidad, que hemos denominado Pruebas o Tests Psicológicos. Tomando en cuenta que la primera prueba fue el test de inteligencia de Alfred Binet y Theodore Simon publicado en 1905, ha pasado más de un siglo, a lo largo del cual, se han elaborado toda clase de instrumentos cada vez más rigurosos, “objetivos” y “válidos”.

En nuestro programa de entrenamiento uno de los primeros temas a tratar ha sido la revisión del devenir de la evaluación psicológica.

Los creadores de pruebas concuerdan en que una buena prueba debe cumplir con dos criterios:

El criterio lógico: el empleador del test debe contar con instrucciones claras para su aplicación, calificación e interpretación.

El criterio técnico: el test debe haber pasado por un análisis que confirme su confiabilidad y validez. Se entiende por confiabilidad la consistencia y precisión en que mide un rasgo cada vez que observamos el mismo rasgo en otro momento, pero bajo las mismas condiciones. (Test – retest, pares y nones o split in half). Se entiende por validez la capacidad de la prueba de medir lo que se pretende medir y se distinguen varios tipos de validez: de contenido, concurrente, de status o criterio de jueces, en el tiempo paradictiva, predictiva o posdictiva y de constructo.

Pearson y Spearman<sup>13</sup>(1927) calculan un coeficiente de validez, mediante el cual establecen que una prueba es “buena” o “útil” si logra discriminar un rasgo correctamente en un 80%, lo que llaman la tasa base de la prueba.

Los primeros tests que se construyeron se denominaron Psicométricos, porque pretendieron medir, esto es, obtener un resultado cuantitativo siguiendo los postulados de la psicología experimental. Tienen como antecedente los estudios y evaluaciones que se llevaron a cabo en el primer laboratorio de psicología de Wilhelm Wundt et al en Leipzig desde 1879. Fueron importantes también las aportaciones de Francis Galton (1822-1911), sobrino de Charles Darwin, y creador de la Psicología diferencial y los de otros muchos científicos, pedagogos algunos.

Estos tests están constituidos de forma tal que los conocimientos, habilidades, conductas, actitudes, rasgos, puedan ser definidos operacionalmente y se redactan de manera que las respuestas se puedan cuantificar, expresar, gráficamente, comparar estadísticamente con la muestra de población con la que se establecieron los criterios de “normalidad estadística”; para poder ubicar al sujeto cuantitativamente en un continuum dentro de la campana de Gauss. Técnicamente esto requiere que los estímulos, los reactivos sean estructurados, que se valoren en una escala binaria (si – no o falso – verdadero) o en una escala de Lickert.

Hay pruebas que sólo exploran un rasgo, por lo que es más fácil establecer su validez de contenido. Un ejemplo son las pruebas de Depresión de Beck (1952) y la de Zung (1961), con las

---

<sup>13</sup> Spearman, 1927 *Teoría Bifactorial de la Inteligencia*.

que además se obtiene la validez concurrente al compararlas entre sí. A estas se les denomina pruebas monorasgo.

Pero una sola prueba puede explorar varios rasgos, como es el Test Gestáltico Viso – motor de Lauretta Bender (1938). La ejecución gráfica nos permite detectar la organización perceptual, la coordinación viso-motora, la integración de las Gestalten, la tensión muscular, el control de la motricidad y los hábitos de trabajo introyectados. Todas estas funciones aisladas nos dan el nivel de la maduración neurológica. Por lo tanto este test adquiere la denominación de multirasgo.

Las pruebas de depresión emplean un inventario y exploran un rasgo por lo que son pruebas monorasgo–unimétodo. La prueba de Bender se basa en una tarea gráfica pero explora varias funciones por lo que es una prueba multirasgo-unimétodo.

Pruebas muy complicadas como el Rorschach y el TAT son tests multirasgo-unimétodo.

En el caso del Test de Inteligencia de Wechsler WAIS, el concepto “inteligencia” se refiere a la integración de muchas funciones diferentes que confluyen o se integran para generar una conducta adaptativa que llamamos “inteligente”. Wechsler escoge las funciones que son más requeridas, apreciadas, útiles, necesarias para el buen desempeño escolar y laboral en la cultura urbana occidental. La prueba deja de lado muchas capacidades, que podrían ser preferentes en otras culturas: la asiática, africana, australiana, rural, etc. Aún así Wechsler logró resumir las capacidades en once escalas que dividió en dos grupos: la escala basada en los procesos cognoscitivos y verbales y la escala de

ejecución formada por procesos perceptuales y motores. Para la exploración tiene que recurrir a formas diversas para obtener respuestas verbales y conductas motoras. Esto hace que el WAIS sea una prueba multirasgo-multimétodo.

Las pruebas proyectivas surgen a partir de una teoría cuyo origen curiosamente coincide con la publicación de la prueba de Binet en 1905. En ese año se publica también la teoría de la Histeria de Sigmund Freud. Él tiene que crear un constructo teórico, que le permita comprender y explicarse, no tanto el comportamiento del individuo en el mundo real, sino qué lo motiva, qué hay dentro del sujeto, en su mundo interno que lo lleve a actuar como lo hace. Freud fue construyendo la teoría psicoanalítica a lo largo de su experiencia clínica. El camino para llegar al mundo interno, al inconsciente, fue a través del análisis de los sueños, de las asociaciones libres, del análisis de la psicopatología de la vida cotidiana y de la transferencia. Todo esto es difícil de definir operacionalmente. Para Freud (1911) ninguna manifestación del ser humano es casual, sino que es el efecto de una causa interna, esto es, causal. El tratamiento psicoanalítico se basa en el determinismo, esto es, que toda conducta o manifestación humana tiene un significado. El paciente es consciente de las motivaciones de su conducta adaptativa, pero una conducta, un pensamiento perturbado proviene de una motivación para el sujeto inconsciente, reprimida. Toca al analista descifrar su particular significado y hacerla consciente al paciente.

Los psicólogos han elaborado tests fundamentados en el determinismo psicológico, en el supuesto de que toda respuesta tiene un significado generalmente inconsciente para el paciente,

que proyecta como lo hace una luz sobre una pantalla y al que el examinador le da una interpretación.

La elaboración de una prueba proyectiva emplea preferentemente estímulos semiestructurados e inestructurados (Rorschach) lo que le permite al examinado que su respuesta tenga mayor variabilidad y libertad de expresión. La primera prueba proyectiva fue precisamente el Psicodiagnóstico de Rorschach, que se publicó en 1921, anticipándose con mucho a las pruebas que le sucedieron a partir de los años 40. Se ha intentado cuantificar los resultados con poco éxito, de manera que se recurre a una “interpretación”, basándose en los postulados del psicoanálisis. Esto ha generado que los psicólogos con criterios científicos y matemáticos tachan a las pruebas proyectivas de “subjetivas” y “poco confiables”. En efecto, ha sido difícil probar su validez estadísticamente, pero se establecen la validez de constructo (teoría) y la validez de status (criterio de varios profesionistas) y la comprobación clínica. En la práctica del psicólogo clínico las pruebas proyectivas han demostrado su utilidad y eficacia. Hay que admitir que el empleo de las pruebas proyectivas requiere del psicólogo un profundo conocimiento de la teoría psicoanalítica y un vasto entrenamiento.

En el Instituto Nacional de la Nutrición elegimos, para formar nuestra batería, pruebas altamente valoradas por los expertos. A continuación haremos una breve exposición de cada una de ellas. En algunos casos especiales o en apoyo de algunas investigaciones se usaron algunas otras pruebas, que no se desarrollan aquí pues no fueron de uso general.

Nuestro arsenal de Tests psicológico básico se conformó de:

Wechsler WAIS

Bender

Machover

H T P

Frases Incompletas

Test de Colores de Max Lüscher

MMPI I y II

TAT

Rorschach

#### **4.1 LA ESCALA DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS WAIS**

David Wechsler<sup>14</sup>

De todas las pruebas de inteligencia que existen, escogimos el WAIS para formar parte de nuestra batería. Las razones fueron, no sólo porque el trabajo de estandarización de la prueba fue muy cuidadoso, sino porque los subtests están formados por un grupo relativamente homogéneo de ítems y las calificaciones de estos subtests se expresan en una escala (19 puntos) que hace fácilmente comparable los puntajes pesados de las escalas entre sí. Esto permite comparar la inteligencia del examinado con la de la población general expresada en Cociente Intelectual y al mismo tiempo hace posible una comparación intrapersonal de la eficiencia o ineficiencia de las diferentes funciones subyacentes de los subtests en el examinado en lo particular.

---

<sup>14</sup> Wechsler, David (1939) Wechsler- "Bellevue Intelligence Scale" New York, Psychological Corporation.

La prueba es suficientemente conocida por lo que no merece hacerse un relato detallado de la misma. Se observaron las consignas de aplicación y calificación, se trazaron los perfiles de inteligencia en la gráfica proporcionada en el protocolo. Se hizo una interpretación cuantitativa y una descripción del estado mostrado en la gráfica de las funciones intelectuales del examinado como lo dispone Wechsler y con esto el creador de la prueba daba por terminada su labor. Su objetivo era obtener un Cociente Intelectual y quizá no vislumbró las enormes posibilidades que ofrecía la prueba para captar la riqueza de datos de la personalidad del examinado.

Tendremos que hacer historia. La situación de la psicología clínica justo antes y durante la II Guerra Mundial es difícil de reconstruir. Los tests creados anteriormente no llenaban los requisitos y exigencias teóricas. Se puede decir que no es sino hasta después de la II Guerra que se da el comienzo de la psicología como ciencia. Antes el número de psicólogos clínicos era pequeño y su influencia en el ámbito profesional poco apreciado. Claro que la situación de exterminio judío en Alemania, había propiciado el éxodo de muchos científicos a los Estados Unidos, la mayoría psicoanalistas: Karen Horney, Frieda Fromm Reichmann, Erich Fromm entre ellos. Entre los psicólogos destacan Bruno Klopfer, Oberholzer, Piotrowski, Rickers, Schachtel, Löwenstein y David Rapaport. Estos profesionistas estaban abriendo un campo de trabajo en los hospitales mediante un esfuerzo heroico. Paulatinamente fueron aceptados por su especial capacidad en la exploración del paciente. El entrenamiento en hospitales y clínicas se inició en 1940. La función tradicional del psicólogo clínico había

estado restringida al trabajo con niños y a la tarea de explorar la inteligencia. La práctica privada era casi inexistente y la práctica del psicoanálisis y la psicoterapia era excepcional.

En 1940 la Clínica Menninger<sup>15</sup> aceptó a David Rapaport<sup>15</sup> quien había llegado a los Estados Unidos 2 años antes. Él tenía un vasto conocimiento de las pruebas psicológicas existentes y sólida preparación en el establecimiento de diagnósticos obtenida en hospitales generales en Europa. Fue recibido inicialmente con escepticismo y suspicacia, no había ninguna confianza en su habilidad para hacer más que una evaluación de inteligencia. Ocho años después, cuando abandonó Topeka, contaba con una apreciación tal, que sus colegas psiquiatras veían su forma de aplicación y valoración de las pruebas con una devoción casi supersticiosa. Con la colaboración de Merton Gill y Roy Schafer llevaron a cabo un proyecto ambicioso que incluía: La clasificación nosológica de todos los casos, el examen psiquiátrico y la evaluación de un grupo control, el análisis estadístico del material y la revisión teórica del mismo. El trabajo emprendido por Rapaport et al vino a darle a los tests una validación no sólo cuantitativa sino también cualitativa.

Considera Rapaport que en toda aplicación de un test intervienen funciones motoras, intelectuales y emocionales de orden defensivo o compensatorio que se manifiestan en una buena o mala adaptación al medio y se organizan en una “buena” o “mala” Gestalt, por un ego fuerte o débil. De esto deduce que todos los tests son proyectivos, porque todos revelan cualidades tanto

---

<sup>15</sup> Rapaport, D. Gill, M. & Schafer, R. (1968 1ª Edición) “Diagnostic Psychological Testing”, New York; International Universities Press.

evidentes como inconscientes del examinado y le corresponde al buen psicólogo clínico detectarlas.

### La Aplicación

Propone Rapaport algunas alteraciones en el procedimiento de la aplicación y de la cuantificación del WAIS formuladas por Wechsler:

- 1.- No interrumpir la aplicación de las pruebas a los 3 o 5 errores, sino continuarla y bonificar los puntos que obtenga posteriormente.
- 2.- En subtests sujetos a un lapso de tiempo definido no interrumpir el trabajo del examinado, sino dejar correr el cronómetro aunque ya no se le otorguen los puntos y anotarlo como una deficiencia temporaria (DT) que puede apuntar a un estado depresivo.
- 3.- En Retención de Dígitos darle al sujeto una tercera oportunidad tomando la siguiente serie restándole un número.
- 4.- Interrumpir la aplicación si se presenta fatiga en el paciente (esto nos pasaba con cierta frecuencia con pacientes médicamente enfermos o deteriorados) y continuarla después
- 5.- Darle una gran importancia al dispersigrama, que es el hilo negro de la interpretación clínica.

A estas agregué una más que me ha sido útil en la práctica clínica

- 6.- Ir cuantificando a lo largo de la aplicación saltándose donde hay duda. Marcar las respuestas extrañas, bizarras que apunten a una psicopatía o un rasgo neurótico.

## Interpretación

Los subtests del WAIS deben agruparse en grupos o clusters.

En la Escala Verbal aparecen dos grupos:

1.- Vocabulario	}	Verbales
2.- Información		
3.- Semejanzas		
4.- Comprensión		

5.- Aritmética	}	Concentración
6.- Retención de Dígitos		Atención Flotante

En la Escala de Ejecución también son dos grupos:

7.- Completamiento de figuras	}	Organización
8.- Ordenamiento de dibujos		visual

9.- Símbolos de dígitos	}	Coordinación visomotora
10.- Diseño con bloques		
11.- Ensamble de objetos		

Yo he sugerido que se proceda el análisis en este orden:

1. **Vocabulario:** Explora la dotación natural y está determinado genéticamente. La adquisición del lenguaje se ha desarrollado tempranamente dentro del núcleo familiar sin requerir un esfuerzo personal. Depende en gran parte del nivel cultural de los padres y la familia en general y de la motivación del examinado por enriquecerlo.
2. **Información:** Explora los conocimientos adquiridos mediante un esfuerzo personal del examinado. Depende de las

oportunidades académicas que se le han brindado y de su deseo de superación. Aquí interviene importantemente la memoria retentiva o a largo plazo.

3. **Semejanzas:** Explora los diferentes niveles de pensamiento y los que el examinado emplea preferentemente. El pensamiento mágico se presenta en personas muy primitivas o perturbadas mentalmente, no se le da puntaje, pero sí se anota y remarca. El pensamiento concreto, aparece en personas con CI inferior al promedio y se califican con 0. El pensamiento funcional señala una inteligencia pragmática y recibe 1 de calificación y el pensamiento abstracto o científico recibe una calificación de 2. Rapaport reporta que en los procesos psicóticos desciende el nivel de pensamiento.
4. **Comprensión:** Explora la capacidad del examinado de dar soluciones correctas y adaptativas a problemas cotidianos, en los que tiene que emplear el razonamiento lógico y axiológico. En parte representa al super-ego, ya que muestra las normas sociales introyectadas.
5. **Aritmética:** Explora la capacidad numérica, entrenamiento escolar (que en las escuelas primarias es frecuentemente malo) y concentración, esto es, atención voluntaria.
6. **Retención de dígitos:** También explora atención, pero flotante y memoria auditiva a corto plazo. Es el subtest más

vulnerable de toda la prueba, pues lo afecta la presencia de ansiedad.

7. **Completamiento de dibujos:** Explora capacidad de observación y memoria visual. Depende de la agudeza visual.
8. **Ordenamiento de dibujos:** Explora también capacidad de observación y agudeza visual. Pero aquí se pone a prueba la capacidad de organizar una acción en forma secuencial, una ubicación temporal y el concepto de causa – efecto.
9. **Símbolos de dígitos:** Se requiere buena coordinación viso – motora, rapidez psicomotora, ayuda la memoria a corto plazo, pero es una tarea mecánica repetitiva, rutinaria que no requiere de procesos superiores.
10. **Diseño con bloques:** Interviene pero en menor medida la coordinación viso-motora. Requiere de procesos analíticos sintéticos y de la rapidez y corrección de ambos. Se correlaciona con el subtest de aritmética. A diferencia de Retención de Dígitos es resistente a la ansiedad.
11. **Ensamble de objetos:** Explora capacidad de observación, capacidad analítica sintética para integrar la Gestalt a partir de las partes. Se puede proceder empleando la Inducción o la Deducción y tiene un grado mayor de dificultad que las dos anteriores del grupo.

Escala de Inteligencia de Wechsler

Exp. ....

**INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION**  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PSICOLOGICA

Nombre .....  
Fecha de nacimiento .....  
Estado Civil: S C D V  
Examinador .....  
Escolaridad .....  
Fecha del examen .....

SUMARIO		
	Crudo	Pesado
Información		
Semejanzas		
Ret. Dígitos		
Vocabulario		
Diseño Bloques		

PT = .....  
PTx 2.7 = .....  
CIT = .....  
Dx = .....

Puntaje Pesado	Puntaje Crudo					Puntaje Pesado
	Información	Semejanzas	Vocabulario	Retención Dígitos	Diseño Bloques	

19	29	26	78-80	17		19
18	28	25	76-77			18
17	27	24	74-75		48	17
16	26	23	71-73	16	47	16
15	25	22	67-70	15	46	15
14	23-24	21	63-66	14	44-45	14
13	21-22	19-20	59-62		42-43	13
12	19-20	19-20	54-58	13	39-41	12
11	17-18	15-16	47-53	12	35-38	11
10	15-16	13-14	40-46	11	31-34	10
9	13-14	11-12	32-39	10	28-30	9
8	11-12	9-10	26-31		25-27	8
7	9-10	7-8	22-25	9	21-24	7
6	7-8	5-6	18-21	8	17-20	6
5	5-6	4	14-17		13-16	5
4	4	3	11-13	7	10-12	4
3	3	2	10		6-9	3
2	2	1	9	6	3-5	2
1	1		8	4-5	2	1
0	0	0	0-7	0-3	0-1	0

4. SEMEJANZAS		Puntaje
1. Naranja-Plátano		
2. Traje-Vestido		
3. Hacha-Sierra		
4. Perro-León		
5. Norte-Oeste		
6. Ojo-Oreja		
7. Aire-Agua		
8. Mesa-Silla		
9. Huevo-Semilla		
10. Poema-Estatua		
11. Madera-Alcohol		
12. Premio-Castigo		
13. Mosca-Arbol		

9. DISEÑO CON BLOQUES		
	Tiempo	Puntaje
1. 60"	1 2	0 2 4
2. 60"	1 2	0 2 4
3. 60"		0 4
4. 60"		0 4
5. 60"		0 4
6. 60"		0 4 31-40 1-30
7. 120"		0 4 5 6 46-70 1-45
8. 120"		0 4 5 6 61-80 1-60
9. 120"		0 4 5 6 61-80 1-60
10. 120"		0 4 5 6

1 INFORMACION		Puntaje			Puntaje			Puntaje
1. Bandera			11. Estatura			21. Senadores		
2. Pelota			12. Italia			22. Génesis		
3. Meses			13. Ropas			23. Temperatura		
4. Termómetro			14. Hidalgo			24. Ilíada		
5. Hule			15. Don Quijote			25. Vasos Sanguíneos		
6. Presidentes			16. Vaticano			26. Corán		
7. Amado Nervo			17. Monterrey			27. Fausto		
8. Semanas			18. Egipto			28. Etnología		
9. Panamá			19. Cerveza			29. Apócritos		
10. Brasil			20. Población					

OBSERVACIONES:

## 6. VOCABULARIO

	Puntaje	
1. Cama		
2. Barco		
3. Centavo		
4. Invierno		
5. Reparar		
6. Desayuno		
7. Tela		
8. Rebanar		
9. Ensamblar		
10. Ocultar		
11. Enorme		
12. Apurar		
13. Frase		
14. Regular		
15. Comenzar		
16. Ponderar		
17. Caverna		
18. Designar		
19. Doméstico		
20. Consumo		
21. Acabar		
22. Obstruir		
23. Remordimiento		
24. Santuario		
25. Incomparable		
26. Reticiente		
27. Calamidad		
28. Fortaleza		
29. Tranquilo		
30. Edificar		
31. Compasión		
32. Tangible		
33. Perímetro		
34. Audaz		
35. Ominoso		
36. Diatriba		
37. Encumbrar		
38. Plagio		
39. Empalizar		
40. Parodia		

Esto permite no sólo obtener el CI (factor G) sino también el análisis de las funciones intelectuales especiales (el factor E) y la combinación de capacidades que intervienen en la realización de cada tarea.

Sin embargo, Rapaport va más lejos y del análisis del dispersigrama deriva diagnósticos nosológicos y de personalidad muy precisos y de gran utilidad. Estos se encuentran en su obra "*Diagnostic Psychological Testing*" y en la octava edición de 1976 aparecen en las páginas 74 -160, donde pueden ser consultadas.

Considero que no es conveniente anexarlas en este trabajo por su extensión, pero en el trabajo en el INN los tomamos muy en cuenta en la interpretación.

Existe una versión abreviada de la prueba de Wechsler introducida por George Kriegman y Frank W. Hanse<sup>16</sup>, que se denomina VIBS porque toma la primera letra del subtest que emplea: Vocabulario, Información, Semejanzas y Bloques. Considerando que la prueba total consta de 11 subtests y aquí se usan sólo 4 tests calculan un "factor teórico"  $11/4 = 2.7$  de manera que para el VIBS se suman los resultados de los cuatro subtests, se multiplican por 2.7 y se obtiene lo que sería el puntaje total, que se busca en las tablas de CI total.

Esta forma abreviada nos ha sido útil con pacientes hospitalizados que permanecen acostados o sentados pero sin que se les pueda acondicionar un apoyo para los subtests de Ejecución. Le he agregado el subtests de Retención de Dígitos, que al

---

<sup>16</sup> Kriegman,G. & Hanse,F.W. "Los tests mentales" (1960) vol.2 pp1163, Buenos Aires, Edit. Kapetuz.

graficarlo con los otros cuatro nos da una apreciación aproximada del nivel de ansiedad, sólo que no lo agregamos a la suma, pues siendo el subtest más vulnerable de la prueba alteraría la validez. Según los autores la correlación entre el CI de la prueba total de Wechsler y el CI del VIBS es de 91-94%. (Ver anexo)

Dado que tenemos pacientes de edades avanzadas y pacientes que, aún siendo relativamente jóvenes, presentan fallas intelectuales, hemos recurrido a las tablas especiales de deterioro que ofrece Wechsler para obtener el Índice de Deterioro ID. Los resultados se cotejan con el test de Bender y con la exploración neurológica (efectuada por el neurólogo).

En una visita que hizo Anne Anastasi (1982) a México con motivo del 4º Congreso de Psicología tuve la oportunidad de comentar con ella las funciones mnémicas. Para entonces ella tenía ya una edad avanzada y recomendaba a las personas mayores:

- 1.- Practicar la disciplina de poner los objetos siempre en el mismo lugar y después de usarlos inmediatamente regresarlos a su lugar.
- 2.- Agendar todas las actividades y proyectos pendientes.
- 3.- Si se está realizando un trabajo y surgen ideas, nombres, conceptos, apuntarlos inmediatamente para su uso oportuno, para evitar el problema de la evocación (comunicación personal).

La nueva versión de la prueba, el WAIS III se ha empezado a usar en el INN previo adiestramiento de los estudiantes.

## 4.2 PRUEBA GESTÁLTICA VISO-MOTORA DE LAURETTA BENDER<sup>17</sup>

Lauretta Bender publicó su prueba en 1938 en forma de libro y no fue sino hasta 1946 que se publicaron las nueve tarjetas que lo conforman por separado para hacer posible su aplicación, que de inmediato tuvo una gran aceptación. Las bases teóricas de la prueba se tomaron de la Teoría de la Gestalt postulada por Max Wertheimer, Wolfgang Köhler y Kurt Koffka como protesta a la teoría tradicional de la psicología de la percepción. Estos científicos investigaron fenómenos para los cuales el punto de vista mecanicista no ofrecía una explicación adecuada.

La investigación de la percepción y organización de los estímulos permitió la formulación de los principios de la Gestalt o leyes de la percepción. Establecieron que nosotros no vemos partes aisladas que luego agrupamos en un todo, sino que percibimos la totalidad del estímulo de acuerdo a los principios de proximidad, similitud, dirección y complementariedad. Los huecos se cierran, partes faltantes se incluyen, las figuras tienen fondo y posición espacial, hay un arriba y abajo. Cuando vemos un objeto, vemos más que las formas escuetas que forman el todo. Percibimos una configuración total, que es más que la suma de sus partes.

Dentro de la configuración total hay elementos de mayor o menor importancia. La percepción de la Gestalt cambia si los elementos más o menos importantes cambian, por ejemplo si observamos un paisaje, nuestra atención puede dirigirse a un elemento importante en la parte de atrás, pero si agregamos un elemento muy importante al frente, nuestra atención cambia de

---

<sup>17</sup> Bender, L. (1938) "A visual – Motor Gestalt Test and its Clinical Use", Research Monograph N° 3, American Orthopedic Association.

dirección, se dirige al frente. El paisaje es el mismo, pero nuestra forma de percibirlo ha cambiado. Este cambio del modo de percibir está condicionado por determinantes psicológicos internos, que pueden ser el resultado del desarrollo motriz o proceso de maduración, defectos neurológicos, una multitud de factores emocionales como stress, ansiedad, inseguridad y estados fisiológicos como el agotamiento. En el proceso perceptual también intervienen factores sociales. La psicología de la Gestalt tradicional ha sido renuente en incluir los componentes emocionales en los procesos perceptuales. Paul Schilder<sup>18</sup> señala que “hay actividades fisiomotoras involucradas en el establecimiento del contacto con la realidad. El contacto con la realidad y la prueba de realidad están íntimamente ligadas con las emociones y la reacción idiosincrática del individuo al mundo que lo rodea.” Las funciones fisiomotoras, según Schilder<sup>19</sup>, “dependen de los procesos que llevan a la formación del concepto de la imagen corporal. El cambio del patrón visual de horizontal a vertical en los infantes es un componente de maduración del cambio postural supino y del gateo a la sedestación y bipedestación erguida”. La percepción de estímulos visuales puede ser vista como un proceso dinámico en el que se lleva a cabo la selección, organización, diferenciación de delante y atrás y la acción y la motricidad siguiendo un patrón intercambiable. El sentido final de la organización se obtiene en relación con situaciones vitales concretas, cuando se adaptan los patrones a la acción y experimentación del individuo.”

---

<sup>18</sup> Wertheimer, D. & Schilder, P. (1923) Studies in the Theory of Gestalt Psychology, Psychol. Forsh 4, pp 301-350.

<sup>19</sup> Idem.

Bender<sup>20</sup> se refiere a las fuerzas constructivas en nuestras organizaciones perceptuales como un “factor of becoming” esto es, un factor de transformación, esto es, la tendencia a cribar, pasar por un cedazo, a seleccionar, organizar y reaccionar a los estímulos como un todo. Este factor integra las configuraciones no sólo en el espacio, también en el tiempo. No sólo percibimos Gestalten, sino que tenemos la tendencia innata de completar Gestalten.

Este proceso lleva a hacer reorganizaciones que están determinadas biológicamente por el patrón de acción sensorio – motor. Las variaciones son producidas por niveles diferentes de la maduración y el crecimiento y también por estados patológicos orgánicos o funcionales. Existen fuerzas negativas que destruyen o interfieren en los procesos dinámicos totales. La desviación de una buena organización visual es lo que nos ha permitido conocer y comprender los estados psicopatológicos y nos ha ayudado a mejorar nuestras técnicas diagnósticas.

Los factores que juegan un papel importante en el proceso de la integración para Bender<sup>21</sup> son:

- 1.- El carácter biológico del campo visual o los principios de la percepción basadas en relaciones espaciales.
- 2.- Relaciones temporales basadas en el lapso que transcurre desde las experiencias precedentes del individuo y por tanto en la dimensión del proceso de maduración.
- 3.- Factores motrices relacionados estrechamente con los impulsos y las actitudes hacia el problema mismo.

---

<sup>20</sup> Bender, L. (1938) “*A visual – Motor Gestalt Test and its Clinical Use*”, Research Monograph N° 3, American Orthopedic Association.

<sup>21</sup> Idem

Queda claro, al estudiar estas notas, que ver y reproducir un diseño geométrico no es simplemente cuestión de aprendizaje, sino que están involucrados factores neurofisiológicos en tal proceso. Es un mérito de Laretta Bender haber estudiado este complejo problema. Con esto muestra que las leyes físicas de la teoría de la Gestalt encuentran aplicaciones en la investigación de la personalidad y los problemas de desviaciones patológicas. Posteriormente Fritz Perls aplicaría estas reglas a su técnica terapéutica de la Gestalt y en fechas más recientes se emplean en la técnica de las constelaciones.

En el INN empleamos la forma clásica de aplicación y valoración de la prueba, prestando atención al patrón de trabajo y disciplina introyectado del paciente. No se emplea el sistema de cuantificación de Elizabeth Koppitz<sup>22</sup>, porque nuestra población está constituida por adultos. Probamos emplear el sistema de cuantificación desarrollado por Pascal y Suttell<sup>23</sup>, pero la calificación toma mucho tiempo y los resultados muchas veces no coinciden con el diagnóstico de nuestro paciente, por lo que desistimos de emplearla.

### **4.3 TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER**

El dibujo del cuerpo humano ha intrigado a muchos investigadores desde diferentes perspectivas: artistas, antropólogos, estudiosos de la anatomía y psicólogos estudiosos del desarrollo. Desde las figuras elementales que aparecen en las pinturas rupestres acompañando a los grandes animales como en

---

<sup>22</sup> Koppitz Elizabeth. *El Test de Bender*. Editorial Oikos-Tau.

<sup>23</sup> Pascal, G. & Suttell, B. (1951) *The Bender Gestalt Test*. New York, Grune & Stratton.

las cuevas de Lascaux en el sur de Francia, que datan de millones de años atrás<sup>24</sup>, hasta las representaciones pictóricas contemporáneas, son un testimonio de que el ser humano ha tenido la necesidad de reflejarse a sí mismo gráficamente. Para esto fue necesario que evolucionara filogenéticamente hasta el homo sapiens, que fuera estructurando su esquema corporal y fuera dotando a su dibujo de proporción, simetría, tercera dimensión, movimiento, colorido y finalmente también expresión. Los dibujos del antiguo Egipto por ejemplo de cinco mil años atrás son simétricos y bien proporcionados pero son rígidos, estáticos, adoptan la misma postura: cabeza de perfil, cuerpo de frente, piernas y pies de lado porque así son más fáciles de pintar. Pasaron muchos siglos para que esas figuras tiesas evolucionaran hasta los maravillosos escorzos de Miguel Ángel.

Los primeros estudios empíricos del dibujo de los niños datan de los finales del siglo XIX gracias a los pedagogos como Pestalozzi, Decroily, Kohs, Fröbel<sup>25</sup> (el creador del Kindergarten), Hicks y Pintner<sup>26</sup>. Ellos observaron el desarrollo de la coordinación visomotora, la asimilación paulatina de los elementos que van formando la realidad del niño y cómo va tomando consciencia de sí mismo. Jean Piaget, Arnold Gesell y otros formularon las teorías del desarrollo de las capacidades, los diferentes estadios de la maduración del niño y las diversas áreas de lo que denominamos inteligencia.

---

<sup>24</sup> Bataille, G . (1930) "*L'art primitif*" Documents Vol. 7 pp. 389-397.

<sup>25</sup> Fröbel, F. (1907). La educación del hombre. Páginas escogidas por Linda Volosky de Cabello (1968) ED Universidad de Chile, Stgo, Chile

<sup>26</sup> Pintner, Rudolf. (1938) Pintner General Ability Test, Verbal series. Pintner Intermediate Test, Form A., Grades V to VIII; World Book Co.

Con estos antecedentes Florence Goodenough<sup>27</sup> (1923) estableció parámetros de medición de la maduración a partir del conteo de elementos con los que el niño representaba a la figura humana, transformando la puntuación en un cociente de edad mental. Presenta un cuadro que facilita la transformación de puntos en edad mental.

<b>Años</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>Meses</b>											
<b>0</b>	0	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
<b>3</b>	1	5	9	13	17	21	25	29	33	37	41
<b>6</b>	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	42
<b>9</b>	3	7	11	15	19	23	27	31	35	39	

Observó que lo primero que dibuja un niño a los tres años y medio es la cabeza en la que ubica ojos y boca. Agrega luego un cuerpo circular y un sin número de “dedos” que salen de la cabeza, a esto lo llama “fase del batracio”. Surgen paulatinamente brazos y piernas en una dimensión, alarga el cuerpo, agrega manos y pies, orejas, nariz, cabello, ropa, cuello, etc. Por cada elemento y mejora de la coordinación visomotora le otorga un punto llegando a un puntaje máximo de 42 puntos a los 13 ½ años.

Ella pensó que con esto había logrado crear una prueba de inteligencia. La práctica ha mostrado que la validez de la prueba es relativa, nos puede dar una aproximación en los puntajes altos, pero un puntaje bajo no forzosamente corresponde a un niño con deficiencia mental y que no podemos establecer un diagnóstico

---

<sup>27</sup> Goodenough, F. (1926) Measurement of Intelligence by Drawing, Jonkers World Book Co.

certero basado exclusivamente en esta prueba. La explicación la tenemos que buscar en la teoría psicoanalítica.

Paralelamente a que Jean Piaget<sup>28</sup>(1962) observara el desarrollo intelectual del niño, Sigmund Freud <sup>29</sup>(1905) observaba lo que llamó desarrollo psicosexual. La teoría psicoanalítica establece que el bebé, el ser más vulnerable de la creación, requiere de la presencia de la madre para sobrevivir. En el primer contacto madre – hijo se va creando un vínculo emocional y a través de la cercanía con la madre, la constancia, la estimulación, la satisfacción de sus necesidades el niño se va conectando con el mundo real y estructurando su mundo interno. El niño necesita ser visto, Lacan<sup>30</sup> lo llama “ser espejado”, esto es, verse reflejado en el espejo de los ojos de su madre, para saber que existe para los demás y necesita ser tocado, acariciado, mecido para saber que tiene un cuerpo físico, un yo corporal. Si desde la etapa oral él se siente visto, tocado, querido y seguro, podrá sortear las vicisitudes de las otras etapas, si estas necesidades básicas no se ven cubiertas, tendrá un rezago en su proceso de maduración. A esto Freud lo llama fijación. Piaget establece experimentalmente que el proceso de maduración sigue un cauce inalterable, si el niño no cubre las exigencias de una etapa y no asimila los conocimientos que le corresponden, dejará un hueco por llenar, lo que dificultará el paso a la siguiente etapa.

Erik Erikson<sup>31</sup> (1950) en su teoría del Ciclo de la Vida concuerda en lo básico con el concepto de Freud y de Piaget.

---

<sup>28</sup> Piaget, J. (1962) “Play, Dreams and Inutation in Childhood” New York, W. W. Norton & Co.

<sup>29</sup> Freud Sigmund (1905) “La teoría del desarrollo psicosexual del niño”. Barcelona Editorial Ballesteros.

<sup>30</sup> Lacan, Jacques. (1995)“*La relación de objeto*” ISBN 978-950-12-3904-1

<sup>31</sup> Erikson, E. (1959), “Identity and the life Cycle”, in Selected Papers, New York; International Universities Press.

Divide este Ciclo de Vida en siete fases, que el niño va recorriendo asimilando y relacionándose. Las tres primeras fases comprenden la infancia y si logra pasarlas sin obstáculos habrá adquirido la confianza básica, cierta autonomía y asertividad y una relativa libertad de acción e iniciativa. Estos rasgos de carácter deben reflejarse en el dibujo que puede lograr de la figura humana: trazos firmes, ubicación central, tamaño adecuado (la mitad de la hoja) relativa integración del esquema corporal (dependiendo de su edad) y una expresión de autoafirmación y alegría. El puntaje que obtenga en la prueba de Goodenough corresponderá a su edad.

Por otra parte en los niños con puntajes bajos es necesario verificar mediante la aplicación de otras pruebas (WISC, Bender) y de datos clínicos si realmente se detecta un déficit intelectual. De no confirmarse una deficiencia mental, deberá explorarse el ambiente familiar del infante, que seguramente mostrará una pobre estimulación temprana, un vínculo pobre con la madre, probable negligencia o maltrato y un estado emocional de miedo, ansiedad o depresión.

En 1935 Paul Schilder<sup>32</sup> publica el fruto de su trabajo en un libro que lleva el título *The Measurement of Intelligence by Drawing*. Sus sujetos de experimentación son adultos. Después de estudiar adultos “normales”, sin patología evidente, enfocó su interés al estudio de los diferentes tipos de esquizofrenia. Registra el deterioro paulatino de las capacidades intelectuales. A diferencia de Goodenough, que observa el proceso de maduración y la estructuración del esquema corporal, Schilder registra la

---

<sup>32</sup> Schilder, P. (1935), *The Image and Appearance of the Human Body*, Psychic Monographs, London, Kegan Paul, French, Trubner.

desintegración del cuerpo, que termina en una masa amorfa con orificios de ojos en la esquizofrenia simple. Los dibujos de los paranoides y los catatónicos presentan vestimentas bizarras, distorsiones corporales pero no una desintegración total.

Tuvieron que pasar unos años más y una guerra mundial para que Karen Machover retomara la técnica del dibujo de la figura humana para aplicarla a los soldados heridos en el frente de batalla enviados al hospital, donde Karen prestaba su servicio como psicóloga. Muchos de estos soldados habían sufrido amputaciones y Karen quería explorar el efecto que causaban esas pérdidas en el estado de ánimo, la apreciación de sí mismos, las expectativas al futuro y las fuerzas con las que contaban para su rehabilitación. Para esos años, al igual que en México, el psicólogo no gozaba del mismo status que el médico y el hospital no le brindaba herramientas para llevar a cabo su trabajo. Además la psicometría y las técnicas proyectivas estaban en pañales. Optó entonces por emplear el material que tenía a mano, accesible y barato: lápiz y papel. Pero no le interesaba como test psicométrico, sino como técnica proyectiva. (Comunicación personal)

Se aplicaría bajo la consigna de: 1.- Dibuje la figura de una persona completa y 2.- Ahora dibuje a una persona del sexo opuesto. Los elementos del dibujo tendrían un valor o interpretación simbólica basada en la teoría psicoanalítica. A cada elemento gráfico se le atribuyó un significado como rasgo de carácter, estado de ánimo, tendencias neuróticas, síntomas psicóticos, conductas adaptativas o nocivas. Se fue creando un listado de elementos gráficos con sus correspondientes interpretaciones cualitativas. Apegadas a la concepción psicosexual de la teoría freudiana, las

interpretaciones se refieren a los órganos y prácticas sexuales. He aquí algunos ejemplos:

Una nariz prominente, un zapato puntiagudo, una corbata, un paraguas indican problemas en la etapa fálica. Dibujar a un hombre con las manos en los bolsillos del pantalón es una tendencia a masturbarse. Dibujar fuego significa enuresis. Orejas grandes – paranoia. Una hilera de botones en la línea media o una bolsa en la camisa, una boca abierta indican dependencia. Un hombre con pestañas sugiere homosexualidad. El cabello está relacionado con necesidades sexuales y con vitalidad sexual. La boca está asociada a dificultades de nutrición, trastorno de lenguaje, lenguaje obsceno, alcoholismo, gula y sadismo verbal, etc. (en Anderson y Anderson)<sup>33</sup>

El problema de esta forma de interpretación, que yo llamo de mosaico, es que al final de revisar los elementos del dibujo y unirlos a los significados propuestos correspondientes nos encontramos con un rompecabezas, cuyas piezas no embonan para formar un todo congruente.

Sidney Levy (1959) dice que debido a que las interpretaciones propuestas por Karen Machover son empíricas y no tienen una validación experimental suficiente, el análisis de los dibujos es especialmente vulnerable a un empleo inapropiado por parte de profesionistas poco capacitados. Sin embargo, a pesar de estas opiniones negativas, él considera que la prueba es una fuente de información fructífera y económica de la personalidad. El aplicador experimentado puede extraer, con sólo observar el dibujo, una semblanza bastante acuciosa y pertinente del sujeto y el que no se

---

<sup>33</sup> Anderson y Anderson (1963), Técnicas Projectivas del Diagnóstico Psicológico, Madrid, Ediciones Rialp. Pp 405- 412

cuenta con una validez estadística, no le resta a la prueba su utilidad clínica.

Sin embargo, gracias a mi experiencia con la prueba, la he abordado siguiendo una exploración sistemática por áreas. Primeramente, y tomando en cuenta las enseñanzas de Bender, aprecio la calidad de las líneas, (la calidad de la coordinación visomotora), la tensión que se ejerce sobre el lápiz (hipotensión = falta de energía ¿depresión?; hipertensión = dinamismo ¿manía?), cruces de líneas (impulsividad, poco cuidado) cierres precisos (control de impulsos, rasgos obsesivos) estructura de la Gestalt. Todo esto, como el Bender me da un dato de la madurez neurológica del sujeto, de su dotación natural o inteligencia. Paso a observar los hábitos de trabajo. El dibujo es limpio y sin borraduras, la secuencia sigue un curso ordenado, la figura aparece centrada, el sujeto acepta la hoja en la forma en que se le presentó. Esto nos habla de la introyección de hábitos de limpieza, disciplina y un empeño por dar un buen rendimiento. Por lo tanto se infiere que ha alcanzado un nivel de maduración y adaptación al medio más alto que el que no cumple con estas exigencias. Si se exagera, marca rasgos obsesivos y afán de perfección, un super-ego estricto. Si por otra parte el dibujo no llena estos requisitos, el sujeto obró con descuido, con precipitación hay que observar otras características para determinar si fue porque no puede o porque no quiere esforzarse o no aprendió a cumplir con una exigencia de buen rendimiento.

¿A quién dibuja el examinado? ¿A sí mismo como cree que es? ¿Al personaje que quisiera ser? ¿Es el reflejo del yo real o del yo ideal? Si es éste último ha vivido frustrado con sentimientos de minusvalía

o agotado por aparentar lo que no es, compensando su sensación de inferioridad, aparecen figuras exageradamente grandes, elaboradas, potentes, fuertes. Las figuras pequeñas indican poca autoestima, el sujeto se siente marginado o se margina ubicándose en una esquina de la hoja (la superior izquierda generalmente). Es importante la edad que reflejan las figuras. A lo largo de la vida hemos tenido que estructurar una imagen corporal que no es estable, que va variando a lo largo del ciclo de vida y lo que varía evidente, visiblemente es el aspecto físico.

La imagen que hemos internalizado necesitamos ajustarla nuevamente a nuestra realidad corporal, lo que toma un poco de esfuerzo y tiempo. Es por eso que las figuras, si representan al yo real, representen menor edad que el dibujante. Es frecuente en los adolescentes ver figuras un poco mayores y con exaltación de fuerza, poderío, en los hombres, belleza, gracia, elegancia en las jóvenes, esto es, el cuerpo ideal que quisiera llegar a tener.

En adultos se observa el fenómeno inverso: los seres humanos deseamos ser siempre jóvenes, no parecer viejos. En una sociedad que exalta la juventud y la belleza en la mujer y no toma en cuenta otros atributos como inteligencia, madurez, bondad, no es de extrañar que mujeres maduras dibujen quinceañeras engalanadas, revelando una fijación en una etapa que ya no les corresponde. El hombre que dibuja a una mujer mayor que él, está fijado a la figura materna, difícilmente se relacionará con una mujer joven, que no acepte adoptar el rol maternal.

La mujer que dibuja a un hombre mucho menor no se relaciona con un hombre maduro y firme, sino que busca a un niño al que pueda dominar o manipular.

Al pedirle al sujeto que dibuje a un hombre y a una mujer esperamos ver una clara diferencia psicosexual. Los dibujos de los niños, infantes y púberes establecen esta diferenciación a partir del cabello o de la ropa, pero una vez adquiridas físicamente las características sexuales secundarias, éstas deben reflejarse en el dibujo. Si no es así, señalan una inmadurez, inhibición, represión de la sexualidad ¿con culpa, temor, vergüenza? Si al contrario las características sexuales son exaltadas sobre todo en figuras desnudas puede haber narcisismo y tendencias exhibicionistas. Un hombre que dibuja a una mujer desnuda en posición seductora y sin rasgos faciales, no establece una relación de cariño y ternura, está sólo interesado en una relación sexual (suele presentarse en adolescentes).

Al pedir a una persona que dibuje a una figura humana, a diferencia de la Prueba de Bender, donde la Gestalt a reproducir está impresa en la lámina, aquí el sujeto tiene que recurrir a su memoria y extraer de ella al introyecto grabado en su mundo interno, con sus distorsiones. Por lo tanto no dibujará tanto lo que percibe, cuanto lo que cree saber de lo percibido y almacenado.

Es útil hacer un conteo de los elementos que conforman el esquema corporal como lo sugiere Goodenough (no toma mucho tiempo) para ubicar al dibujante en una edad mental. Los puntajes bajos, como en los niños, en los adultos pertenecen a deficientes mentales, borderline o patología psiquiátrica. La distorsión, desproporción, incompletud son síntomas de problemas serios, vestimenta bizarra, tachaduras fuertes apuntan a trastornos psiquiátricos. El dibujar transparencias del cuerpo con partes anatómicas es patognomónico de esquizofrenia.

En cuanto a los otros elementos me cuido mucho de no caer en interpretaciones bizarras y fragmentarias. Considero que el dibujo es una fotografía que el dibujante me quiso presentar pero a pesar de que conscientemente cree que no tiene nada que ver con él, inconscientemente proyecta lo que él se oculta a sí mismo. Yo les pregunto a mis estudiantes: ¿Si te encontraras a esta persona en la calle, qué pensarías de ella? Describe sus características, observa su actitud, ¿qué te hace sentir? Al principio se les hace difícil pero con la práctica ojos, nariz, boca, pelo, cuerpo, brazos, manos, piernas, pies, ropa, movimiento, actitudes, expresiones emergen como un todo congruente, y aprenden a “leer” el dibujo, como tienen que captar a sus pacientes.

#### **4.4 TEST DE LA CASA, EL ÁRBOL Y LA PERSONA. H T P**

J. N. Buck<sup>34 35</sup>

Hay un antecedente de esta prueba que es el Test del Árbol de Karl Koch. Él propone que así como Machover establece un diagnóstico de personalidad a partir de la figura humana, el árbol, un vegetal vivo, puede simbolizar los diferentes aspectos de la personalidad: Las raíces representan la parte biológica, fisiológica, vital, pero también la parte oculta, inconsciente, impulsiva. El tronco representaría las funciones conscientes del ego que permiten la acción, la interrelación con el mundo físico y humano, en las que reside la fuerza, determinación y dirección de la vida cotidiana. La

---

<sup>34</sup>Buck, J. N. , (1948), “*The H – T – P Test*” Clinical Psychology Vol. 4, 151-158.

<sup>35</sup> Buck, J. N. ,(1949), “*The H-T-P Technique. A qualitative and quantitative scoring manual*”, parte I y parte II, Clin Psychol vol. 4y 5 , 37-76.

copa habla de la intelectualidad y espiritualidad y si es un árbol frutal, la generosidad y la tendencia a compartir.

J. N. Buck retoma esta propuesta, pero agrega otros dos elementos: una casa y una persona (como Machover) y considera que cada uno de estos elementos representa una faceta del individuo. Por eso pide que cada dibujo se realice en una hoja por separado. La prueba se conoce por el nombre en inglés de House-Tree-Person o HTP. Después de hacer los dibujos con lápiz, a veces pide que se repitan empleando crayolas de colores.

En mi práctica personal experimenté, que repetir los dibujos a color no ofrecía mayores datos, pero que resultaba molesto para el sujeto y consumía mucho tiempo. Me cuestioné si el árbol y la casa eran las imágenes más adecuadas para representar al examinado mismo, si ya se le había pedido la representación de una persona. Carl Gustav Jung en sus investigaciones de la historia de la humanidad postula, que la especie humana, independientemente del espacio y el tiempo, ha forjado símbolos que llama arquetipos, imágenes, todas ellas pictográficas, en las que se condensan las cualidades y características de lo máspreciado de nuestra especie.

### **La casa y el árbol son arquetipos.**

El arquetipo no se refiere a algo concreto en espacio y tiempo sino a una imagen interna que se manifiesta, afecta o tiene repercusión en el espíritu humano y sus obras. Más importante que el componente cognoscitivo, es el componente emocional, que se apodera del sujeto, lo invade y lo lleva a actuar sin plena consciencia. El contenido que actúa de forma inconsciente, se le presenta al sujeto, cuando se manifiesta, en forma de una Gestalt

simbólica pictográfica. Un contenido anímico necesariamente sólo puede convertirse en un concepto consciente cuando es representable pictográficamente, esto es, como en los sueños que “vemos” como si estuvieran dibujados, o cuando se puedan expresar verbalmente.

### **¿Qué puede representar el árbol?**

El primer árbol que aparece significativamente en la historia del hombre occidental es el de la Sagrada Escritura, el árbol de la ciencia del bien y del mal. “Pero en medio del Paraíso estaba el árbol de la vida, que lleva doce frutos, que da cada mes un fruto”. (Gen. 10) ¿Son los doce signos del Zodiaco? El árbol que da vida, nutre, mantiene. Esto ya no se menciona especialmente en la Biblia, pero en Gen 2 16-17 continúa. . . “y mandó Jehová Dios al hombre diciendo: de todo árbol del huerto comerás, mas del árbol de ciencia del bien y del mal, no comerás de él”. El pecado original, la desobediencia, es el alejamiento del hombre del mandato del Dios de la Biblia, por lo cual perdieron Adán y Eva el Paraíso, y recibieron el castigo supremo. De esta misma manera se instituyó el Patriarcado y generación tras generación el Hijo ha tenido que obedecer al Padre, so pena de perder la gracia, la protección, el apoyo y la aceptación de la autoridad absoluta del Padre simbolizado en el árbol.

Entre los pueblos mesopotámicos, babilónicos, chinos, la mitología germánica, en la India, en Creta, el árbol pertenece a los símbolos más antiguos que se conocen. Los primeros jonios representaron a la divinidad en el siglo II antes de nuestra era en forma de árbol, un árbol sagrado mítico que destaca por su tamaño y frondosidad. En términos generales podemos decir que la mayoría

de las árboles sagrados y rituales mencionados en la historia de las religiones, no son otra cosa que representaciones de divinidades masculinas, imbuidas de poder, punitivas como lo es el hombre ideal del patriarcado, que impone el respeto a la ley del hombre y la obediencia a su jerarquía. El padre representa el mundo de los mandamientos y prohibiciones morales y transmite el principio de la tradición.

### **¿Qué puede representar la casa?**

Al símbolo materno hay que buscarlo en los albores de la humanidad, cuando los seres primitivos eran invadidos por sentimientos, temores, angustias, carencias a las cuales sus escasas capacidades intelectuales no les podían dar forma ni sentido con su pensamiento mágico. El único paliativo a este estado deben haber sido los brazos maternos que dan calor, seguridad, sensación de bienestar, placer. El símbolo femenino es la vasija, que contiene al bebé en gestación y del que nace todo. Su interior es oscuro, desconocido, misterioso, inconsciente y mágico. En el mundo primitivo poderes y cosas se mezclan formando una unidad indisoluble: arriba, abajo, afuera, adentro, cielo e infierno, mundo, alma y espacio. Su símbolo es la serpiente que se muerde la cola, no hay principio ni fin.

Esa madre remota engendra, pare, amamanta, da calor, calma la sed, extiende los brazos y da protección más allá de su cuerpo. Busca la cueva que acoge, y protege de los ataques de los enemigos externos y de las inclemencias del tiempo. A lo largo de millones de años es la creadora de la choza, el techo, la casa, el campo sacramental, el templo, la cuna, la cama, el féretro. Protege cubriendo el cuerpo con pieles, telas, vestimentas, escudos. Es

recolectora, distingue los alimentos, medicinas y venenos de los que hace pócimas. Descubre la jardinería, la agricultura y la ganadería al domesticar a los animales. Preserva los alimentos, los almacena, prevé necesidades, administra las provisiones y las reparte. Tejen canastos, protectores, esteras, amarras, tejen, trenzan, anudan (Freud se atrevió a decir que esto último es la única aportación de la mujer a la cultura). Usan vasijas para traer agua y para cocinar los alimentos, son las cuidadoras del fuego y las descubridoras de la alfarería. La experiencia de la humanidad con esta madre que hemos tratado someramente de describir, quedó plasmada y sintetizada en esculturas, pinturas, gráficas desde la prehistoria. “La Gran Madre” sigue viva en el inconsciente colectivo con estos atributos que dan vida, pero también con los atributos negativos: domina, restringe, construye bardas, rejas y murallas (metafóricamente) para no permitirle a los hijos ser libres. La Gran Madre es ambivalente en un grado como no lo es el padre. Y qué mejor símbolo para representarla que la casa, el útero externo que puede acoger, resguardar, relajar, permitir reponerse de la fatiga del cotidiano vivir. (Erich Neumann<sup>36</sup> 1974)

La casa es cómo el examinado ha introyectado a su madre: grande, chica, firme o endeble, obscura o luminosa, accesible o infranqueable, valiosa o humilde. Cómo es el árbol: fuerte, inquebrantable, se yergue al cielo a grandes alturas, frondoso, cuajado de follaje y de frutos o pequeño, escuálido, sin hojas, con un tronco lacerado.

---

<sup>36</sup> Neumann, E. (1974) *Die Grosse Mutter*. Olten und Freiburg, Walter Verlag.

Al pedirle al examinado que realice su dibujo en una sola hoja estoy replicando la constelación padre–madre–hijo y percibiendo el proceso de triangulación en el que el padre debió intervenir para romper el vínculo simbiótico madre–hijo(a), que propicia la separación. Podemos observar la relación de la pareja padre–madre y la relación del examinado con ambos progenitores.

En la práctica clínica esta técnica de exploración me ha dado excelentes resultados, que he podido constatar y corroborar con los datos de la historia clínica.

#### **4.5 TEST DE FRASES INCOMPLETAS**

Joseph M. Sacks y Sidney Levy<sup>37</sup>

El test de Frases incompletas tiene antecedentes que se remontan a trabajos presentados por Ebbinghaus en 1897. Tendler Lorge<sup>38</sup> and Thorndike<sup>39</sup> , Payne<sup>40</sup>, Stein y otros hicieron aportaciones importantes, pero fueron Sacks y Levy los que finalmente estructuraron un test validado por la congruencia con otras pruebas (Rorschach, TAT) y el criterio de tres psicólogos calificados. El test consiste de 60 ítems que exploran cuatro áreas: Familia, sexualidad, relaciones interpersonales y auto concepto a través de 15 rubros, cada uno formado por cuatro ítems. Cada uno de los rubros se interpreta cualitativamente, y el total nos da una semblanza de la personalidad del examinado.

---

<sup>37</sup> Sacks, J.M. & Levy, S. (1959) "The Sentence Completion Test" en *Projective Psychology*, New York, Grove Press . pp 357-402.

<sup>38</sup> Tendler, A. D., (1930) "A Preliminar Report in a Test for Emotional Insight", *Journal of Applied Psychology*. Vol. 14. pp 123-136

<sup>39</sup> Lorge, I. & Thorndike, E. (1941), "The value of Responses in a Completion Test as Indication of Personality Traits", *Journal of Applied Psychology*, vol. 25. Pp 191-199

<sup>40</sup> Payne, A.F., (1928), "Sentence Completion" New York, New York Guidance Clinic.

En el INN aplicamos el test siguiendo las indicaciones de Sacks, pero consideramos que el área de sexualidad estaba mal representada, porque exploraba el concepto que tiene el hombre de la mujer, pero no lo que piensa la mujer del hombre (postura falocéntrica), así que duplicamos los ítems 10, 25, 40 y 55. Quedando así. Ítem 10<sup>a</sup>.- Mi idea de la mujer perfecta. . . e ítem 10B.- Mi idea del hombre perfecto . . .

En un momento dado nos pidió la Sra. María Socci, directora de la Escuela de Enfermería del INN, un test para valorar la adecuación de los estudiantes para la carrera de enfermería y elaboramos una versión de frases incompletas en este sentido que tuvo una buena capacidad discriminativa.

En otro momento nos empezaron a llegar pacientes con SIDA. (Hay que mencionar que el primer paciente con SIDA detectado en México fue un haitiano que vino a morir al INN). Esto provocó una fuerte respuesta emocional en el personal del Hospital; médicos, enfermeras y personal administrativo. El Departamento de Psicología elaboró a petición del Dr. Mariano García Viveros, jefe del Departamento de Enseñanza de la Salud, un test de Frases Incompletas ad hoc que exploraba: conocimiento del padecimiento, riesgos de contagio, temores y emociones provocadas en el contacto con el paciente, actitud ante la muerte. Esto resultó muy útil, pues nos permitió organizar pláticas de información y manejo de emociones en pequeños grupos y controlar la ansiedad, lo que redundó en una mejor asistencia al paciente.

Para la interpretación separamos los 15 rubros y los interpretamos de acuerdo con la teoría psicoanalítica.

#### 4.6 TEST DE COLORES DE MAX LÜSCHER<sup>41</sup>

En los años 70 ya era un serio problema en México la obesidad, pero todavía no se convertía en una pandemia. Uno de los tratamientos que se les ofrecía a los obesos grado IV, que no habían podido controlar su peso con los tratamientos conocidos, fue la derivación yeyuno –ilial, una intervención quirúrgica que estaba en vías de experimentación. Pero para los obesos grado II y III se empleaban entre otros fármacos, los anorexígenos. Estos contenían anfetaminas. Se sabe que esta droga es adictiva y que puede presentar efectos secundarios no deseables, no suficientemente estudiados en esos momentos. Con el objeto de estudiar el efecto de los anorexígenos, elaboramos, el Dr. Arturo Fernández y yo, un proyecto de investigación que contó con el apoyo económico de una fundación. Estudiaríamos a un grupo de obesos voluntarios que serían hospitalizados mientras durara el periodo de exploración de 30 días. El primer periodo de 10 días era el periodo de acostumbramiento al hospital y sería el periodo de control. En el segundo se le administraría a los sujetos de experimentación la dosis habitual de anorexígenos y en la tercera etapa, de recuperación, se les retiraría el medicamento. A lo largo de los 30 días se someterían a una serie de mediciones de tipo físico (temperatura, ritmo cardiaco, presión arterial, análisis de orina sobre todo para medir niveles de cortisol). Pretendíamos medir aspectos emocionales y una apreciación del paso del tiempo. Se le pedía al sujeto que empezara a apreciar el paso del tiempo en el momento en que oprimíamos el cronómetro y nos señalara en el momento en que suponía que había transcurrido un minuto.

---

<sup>41</sup> Lüscher, M. (1969) Lüscher Test, Basilea, Test Verlag.

Las mediciones de todos esos fenómenos se harían siguiendo un patrón rígido comenzando a las 7 AM y repitiendo cada tres horas, esto es a las 7, 10 AM, 1, 4, 7 y 10 PM. Debíamos encontrar un test psicológico lo más independiente de procesos intelectuales y de la memoria, de fácil y corta aplicación para ser aplicado 6 veces al día los 30 días que duraba el protocolo.

El Psicodiagnóstico de Rorschach explora la manifestación de las emociones en las respuestas de color, pero era imposible aplicarlo 180 veces, simplemente ya por los tiempos de aplicación y porque intervienen demasiados elementos intelectuales: la memoria, la asociación, la elaboración etc.

Encontré la herramienta que buscaba en el test de Max Lüscher. Se prestaba a una aplicación rápida, libre de la memorización, sin interferencia de procesos intelectuales superiores, sujeto sólo a la percepción y la respuesta emocional que produce sin conocimiento consciente del experimentado. El empleo de la prueba nos resultó de tal utilidad que la empleamos en otras investigaciones posteriores, que reportaremos en el anexo. Este primer protocolo sirvió para mi tesis profesional: *“La prueba de Lüscher en la detección de Cambios en el Estado de Ánimo”*<sup>42</sup>. Se llevaron a cabo otras investigaciones con esta prueba, en las que intervinieron el Dr. Carlos Valverde<sup>43</sup> y el Dr. Augusto Fernández Guardiola<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> Brüggmann, A. (1977) La prueba de Lüscher en la detección de Cambios de Ánimo, Tesis profesional, Facultad de Psicología.

<sup>43</sup> Valverde, C. (1976) Cambios neurológicos con anfetaminas, México, Cuadernos Científicos CEMEF, N° 6.

<sup>44</sup> Fernández Guardiola, A. Et al, (1976) Cambios hipnográficos producidos por la administración de anfetaminas, México, Cuadernos Científicos CEMEF, N° 6 pp 207-222.

La prueba clínica consta de tarjetas de colores, donde se ven reflejados lo que Lüscher considera los colores básicos, que estrictamente son tres: rojo, amarillo y azul, al que Lüscher agrega la mezcla de azul y amarillo que dan el verde. Además agrega cuatro tarjetas más de lo que llama colores combinados. Violeta, café y la negación del color negro y gris. Las 8 tarjetas constituyen la forma abreviada del test, que es la que se emplea comúnmente. Pero en la forma clínica se presentan cuatro láminas más, una correspondiente a cada uno de los colores básicos con matices variados. Hay además una tabla de matices que van del blanco al negro con grises de intensidades intermedias. Esta segunda parte del test es prácticamente desconocida en México por no existir la traducción de las interpretaciones del alemán al español, pero resulta muy útil, pues enriquece la exploración. En el Instituto en ocasiones se empleó el test completo<sup>45</sup>.

La aplicación de la versión abreviada consiste en presentarle al sujeto las ocho tarjetas alineadas al azar y pedirle que las ordene en el orden de su preferencia. Se le explica que no piense en objetos, sino que su respuesta revele el gusto por el color como tal. Las interpretaciones se pueden consultar en el libro de Max Lüscher<sup>46</sup>, pues ocuparía un espacio considerable en este trabajo.

La prueba de Lüscher fue estandarizada en una vasta población que abarcó sujetos de todas las edades y condiciones socio – económicas. En Alemania la estandarización fue realizada por Lüscher et al.<sup>47</sup> Los estudios en Inglaterra fueron llevados a

---

<sup>45</sup> Lüscher, M. (1969) Lüscher Test, Basilea, Test Verlag.

<sup>46</sup> Idem.

<sup>47</sup> Lüscher, M. (1948) *Anleitung und Farbtabelle, Klinischer Test zur psychomatischen Persönlichkeits Diagnostik*, Basilea.

cabo por Ian Scott<sup>48</sup> y no difieren significativamente de las tablas alemanas. Los procesos de estandarización comprenden entre otras la distribución porcentual de los 8 colores en una población de 5300 sujetos de experimentación (hombres y mujeres) de 16 a 40 años, muestra representativa de toda Alemania. Las interpretaciones clínicas están hechas sobre la base de 36.892 pruebas de Lüscher corroboradas por otros tests, anamnesis y/o apreciaciones clínicas<sup>4950</sup>.

Lüscher toma de varios autores las aportaciones hasta entonces existentes de la percepción del color para formular una teoría que sustente su prueba. Entre otros se encuentran Johann Wolfgang von Goethe<sup>51</sup>, Albert Henry Munsell (1858-1918), Wassily Kandinski (1971)<sup>52</sup>, Chagall, Van Gogh, L. Busch<sup>53</sup>, H. Wohlfarth<sup>54</sup>.

Considerando que en el último decenio ha habido enormes avances en el conocimiento de las funciones cerebrales, hemos querido incorporar los conocimientos de la percepción del color en nuestra apreciación de la prueba de Lüscher. La captación del color es un fenómeno combinado, físico y psicosensoorial que es producido por una compleja interacción entre la luz, la forma en que ésta afecta a los objetos que son iluminados por ella, y el resultado de este efecto en la mente del observador. La percepción de cualquier objeto difiere dependiendo del tipo de luz que lo ilumina,

---

<sup>48</sup> Scott, I. A. (1958) *The Lüscher Colour Personality Test, statistical evaluation*, London, N W Road.

<sup>49</sup> Lüscher, M. (1902) *Die Methode der Funktionspsychologie*, Lucerna, Heilpädagogische Merkblätter.

<sup>50</sup> Lüscher, M. (1974) *Signale der Persönlichkeit*, Stuttgart, Rowohlt.

<sup>51</sup> Von Goethe, J. W. (1810) *“Farbenlehre”*, Frankfurt.

<sup>52</sup> Kandinsky, W. (1971) *Über das Geistige in der Kunst*, Reinbeck, Rowohlt Verlag.

<sup>53</sup> Busch, L. (1957) *Psychologische Grundlage des Farbtests*, Basilea, Medizinische Welt.

<sup>54</sup> Wohlfarth, H., (1957) *Psychophysische Auswertung der Versuche zur Bestimmung eines eventuellen Effektes von Farbstimuli auf das autonome Nervensystem*, Frankfurt, Psychotherapie 2 pp 86-94.

no es lo mismo la luz solar (y a qué hora), la luz del fuego o una vela, o la luz de un foco incandescente o fluorescente. Sabemos ahora que la luz se descompone en una curva espectral (el arco iris o banda cromática) y que el color depende de la longitud de la onda dominante. Este estímulo entra al cerebro por tres vías diferentes, cada una para uno de los colores primarios: el rojo, el amarillo y el azul y que hay, ahora sabemos, una preferencia o una mayor facilidad de recepción en cada individuo en particular y que ésta tiene probablemente un sustrato genético. (Esto explicaría el fenómeno Van Gogh amarillo; Rufino Tamayo – azul que lleva su nombre).

Pero la información neurológica no sólo llega a la zona cerebral de la cognición visual, sino que otra rama nerviosa pasa a estimular la amígdala, provocando una excitación emocional, que se expresa en una respuesta afectiva. Esta cualidad del test de detectar estados emocionales y sus cambios a lo largo del día (test – retest) y como respuesta a medicamentos, le resultó útil también a la Clínica del Dolor, entonces dirigida por el Dr. Ramón de Lille y luego el Dr. Uriah Guevara López, que nos pidieron que se incluyera anualmente un seminario del test en el programa de adiestramiento de los médicos residentes de la Clínica del Dolor.

#### **4.7 EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (1941)**

Starke Hathaway y Mc Kinley<sup>55</sup>

Tuve la suerte de que el Dr. Rafael Núñez, jefe del Departamento de Clínica de la Facultad de Psicología en esos

---

<sup>55</sup> Hathaway, S.R. & Mc Kinley, J. G. (1951) Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Nueva York, Psychological Corporation.

momentos, invitara al Dr. Hathaway<sup>56</sup> (1903-1985), con el que él había colaborado en Estados Unidos, a darnos un seminario de su prueba en la UNAM. Como Karen Horney, también Hathaway<sup>57</sup> nos relató el área de trabajo tan restringida que tenían los psicólogos en los años 1940, y el escaso apoyo y reconocimiento de las instituciones en las que lograban incursionar. Él entró a trabajar al Hospital Psiquiátrico de Minnesota, entonces como único psicólogo, y su labor consistía en diagnosticar a un número elevado de pacientes. Procedió primeramente a formular un listado de rasgos y síntomas de cada uno de los grupos nosológicos más frecuentes y definidos, que fueron 8: hipocondría, depresión, histeria, psicopatía, paranoia, psicastenia, esquizofrenia y manía y creó ítems que se contestan con falso o verdadero. A las escalas clínicas agregó dos más: identificación psicosexual y sociabilidad, que no son propiamente clínicas. Posteriormente agregó tres escalas de validez: L tendencia a mentir, F consciencia de enfermedad y K que refleja la involucración de mecanismos de defensa. Todo esto se estructuró de manera cuantitativa y se sometió a un proceso estadístico. \* (Comunicación personal)

Hathaway dice: “la investigación que condujo al desarrollo de la prueba MMPI comenzó en el año 1939 y los autores de la prueba no previeron entonces el alcance al que esta investigación ha llegado. Para 1960 se contaba con más de 100 investigaciones y desde entonces el número de artículos y libros publicados rebasa todo lo que se conoce sobre otras pruebas”.

---

<sup>56</sup> Hathaway, S.R. (1975) Autobiografía, Minneapolis, Oxford University press.

<sup>57</sup> Hathaway, S.R. (1942) Medicina Fisiológica, Minneapolis, University of Minnesota Press.

La prueba tuvo una aceptación general inmediata y su uso rebasó los límites primeramente como diagnóstico psiquiátrico y luego se extendió a la medición de la personalidad en el sentido más amplio, no sólo en Estados Unidos sino en todo el mundo.

La popularidad de la prueba se debe en parte a su fácil aplicación (autoadministrada), su calificación por medio de plantillas (ahora con computadora) y la claridad de los resultados observables en el psicograma. La distribución de las escalas clínicas permite delimitar dos grupos: la triada neurótica y la tétrada psicótica, esto es, la interpretación no se hace solamente por la elevación de una escala, sino por un clúster o perfil conformado por varias escalas. A diferencia de las pruebas proyectivas que se someten a un criterio clínico empírico validado por la acumulación de conocimientos derivados de la práctica clínica, en el MMPI, como en todas las pruebas “objetivas” o psicométricas deberá usarse la técnica actuarial. (Meehl, Dahlstrom). Los puntajes crudos se transforman en calificaciones T marcando el 50 el promedio estadístico, 70 y 30, las desviaciones estándar superior e inferior. En este ámbito se encuentra la “normalidad”, los puntajes que superen la calificación T 70 apuntan a rasgos patológicos, a cuadros nosológicos. Los perfiles pueden ser semejantes, pero la diversidad de la dispersión de los puntajes es enorme y no se puede decir que haya dos perfiles iguales, como no hay dos personalidades iguales, así tampoco hay dos pruebas iguales. Aquí es cuando la interpretación de la prueba requiere del trabajo de un psicólogo experimentado, bien entrenado y bien dotado. Con este fin recibimos en la Facultad de Psicología en 1975 la visita de Philip

Marks quien nos impartió a los maestros del Departamento de Clínica un seminario muy enriquecedor.

Aquí vale la pena citar unos datos biográficos del autor de la prueba; que nos permite vislumbrar el cúmulo de conocimientos con que contaba para emprender la tarea, pero más loable fue su empeño en la formación de psicólogos altamente calificados y la lucha para abrir el campo de trabajo para ellos.

El Dr. Hathaway fue un niño precoz, curioso y autodidacta, cuyos padres le permitieron poner “un taller” en la parte posterior de la casa a la edad de 8 años, en el que llevaba a cabo experimentos de química, electricidad y mecánica. A los 12 años había aprendido a hacer y manejar la pólvora, algunos principios básicos de electricidad y a los 13 años obtuvo la licencia como radioaficionado y construyó radios para transmisión y recepción e hizo proyectos de mecánica. Esto lo llevó a inscribirse en la Universidad de Ohio en ingeniería. En el segundo año descubrió que ya sabía todo lo que se le ofrecería de electricidad, mecánica, ingeniería y matemáticas. Con igual celeridad aprendió francés, alemán y español. Estudió medicina, aunque nunca se graduó. En su autobiografía él se define así: “he tenido muchas áreas de interés: ingeniería, electrónica, idiomas, matemáticas, estadística, fisiología, neuroanatomía, medicina, filosofía y psicología”. Con respecto al MMPI dice: “siempre he evitado las actividades de promoción relacionadas con el MMPI a veces me pongo impaciente, deseando que mi conexión con el MMPI se olvidara a favor de mis otros trabajos e intereses”<sup>58</sup> .

---

<sup>58</sup> Cohen, R.J. & Swendlik, M.E. (1982) *Pruebas y Evaluación Psicológica*. Mayfield Publishing Co.

Hathaway nunca accedió a que se hiciera una modificación a su prueba, pero a su muerte, la editorial que posee los derechos de autor le encargó al Dr. Butcher hacer una actualización de la prueba. El equipo de psicólogos bajo la dirección del Dr. Butcher y Williams (1992) trabajaron durante 10 años actualizando y reformando los items. Se sometieron los datos a un riguroso proceso de estandarización. Se conservó el formato original de las escalas clínicas, para no molestar a los psicólogos que habían estado usando la prueba durante casi 50 años.

Todo esto nos lo explicó el Dr. Butcher cuando vino a darnos un seminario a la Facultad de Psicología. Una modificación importante fue que de todos los items se extrajeron algunos con los que se formaron dos nuevas series, las escalas complementaria y suplementaria. A mí en lo personal me pareció que este manejo amplía la utilidad de la prueba, la saca del diagnóstico psiquiátrico más reducido y le da un carácter dinámico.

En el INN estuvimos aplicando la versión original en varias investigaciones, pero en cuanto tuvimos acceso a la nueva versión cambiamos a ésta con muy buenos resultados.

#### **4.8 EL TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA**

Murray, Henry A.<sup>59</sup> y Morgan, C. D.<sup>60</sup>

Aquí nos parece obligado y ético hacer una rectificación de hechos turbios que envuelven la autoría de la prueba. Cristiana D. Morgan trabajaba en la clínica de psicología de la universidad de Harvard donde a lo largo de una carrera creativa y seria dejó un perfil de “Test Developer”. En el año de 1935 escribió y publicó con

---

<sup>59</sup> Murray, H. A. (1935) *Thematic Apperception Test*, Cambridge, Mass. Harvard University Test

<sup>60</sup> Murray, H. (1938) *Explorations in Personality*, New York, Oxford University Press.

su nombre un artículo con el título de “Prueba de Apercepción Temática”, el primer artículo que describe al TAT. Un colega entre el personal de la clínica, Henry A. Murray, al mostrarle ella las láminas que había creado y probablemente impresionado por los alcances que podría tener la prueba, empezó a colaborar con Morgan y en 1938 hicieron una publicación conjunta, con Morgan mencionada como autora principal: “C. D. Morgan y Henry A. Murray”. Dado que en el archivo de la Universidad de Harvard se conserva la primera versión mimeografiada de la prueba bajo el nombre de Morgan, surge la duda de porqué a partir de la versión de 1943 se omitió su nombre y se adjudica a H. A. Murray la autoría de la prueba. C. D. Morgan experimentó con imágenes con las que pedía a los sujetos construir un relato. La elección de los temas, por parte de la creadora del Test, fue muy acertada ya que exploran diversas situaciones y posibilidades de relacionarse con el mundo externo pero también muestra cómo está construido el mundo interno del sujeto. Valga esto como testimonio a una brillante creadora de pruebas psicológicas.

¿En qué consiste el valor de la tan discutida prueba?

En los años 30's se inició la investigación para crear el Test de Apercepción Temática bajo el supuesto de que las fantasías, como los sueños revelan aspectos profundos de la personalidad, que se “proyectan” si se somete al sujeto a un estímulo. El término de proyección en psicología no tiene nada en común con el mecanismo de defensa de Sigmund Freud, pero dio origen a una técnica de exploración, mediante la cual se obtienen respuestas, generalmente verbales, de las cuales el examinado no tiene una plena consciencia. La hipótesis subyacente es, que nuestras

percepciones no siempre son objetivas, pues dependiendo de la carga emocional que las acompaña tendemos a distorsionarlas. Las experiencias tempranas, cuando apenas se está formando el Ego y está madurando el sistema nervioso central, afectan a un sujeto débil y vulnerable que no puede todavía defenderse de la agresión del mundo exterior, por lo que retiene y reprime las vivencias, que se graban, no como fueron, sino como las entendió cuando las vivió. Las experiencias más significativas se dan en la relación con los padres y la familia. Freud a esta forma de repetir el clima emocional de las relaciones tempranas en el análisis le llamó transferencia, los psicólogos del yo, creadores de las pruebas proyectivas lo llamaron apercepción.

El TAT nos permite apreciar cómo concibe el sujeto al mundo externo, amplio o estrecho, amenazante o gratificante, comprensible o enigmático, tolerable o insoportable y cómo se concibe él a sí mismo formando parte del universo. En este sentido lo que se pretende obtener a través de los relatos, es la forma en que el sujeto emplea el material de la prueba con su particular aparato intelectual, conceptual y dinámico.

La prueba total consta de 30 láminas, unas generales, otras específicas, para hombres o mujeres. Aunque es un Test apropiado para adultos, los investigadores anexaron algunas láminas para niños o niñas. Esto se debe a que aún no se había creado el Children's Apperception Test o CAT por Leopold Bellak, que se publicó hasta 1954<sup>61</sup>. En total la selección que se aplica a una

---

<sup>61</sup> Bellak, L. (1954) *The Thematic Apperception Test and the Children's Apperception Test in Clinical Use*, New York, Grune and Stalton.

persona consta de 20 láminas y los creadores aconsejan aplicarlas todas en 2 o 3 sesiones, si se quiere obtener una visión global.

La forma de aplicación se puede consultar en Murray<sup>62</sup>, Bellak<sup>63</sup>, Rapaport<sup>65</sup>, Schafer<sup>66</sup>. Todos coinciden en que debe aplicarse por el examinador personalmente, quien debe tomar en cuenta el tiempo de reacción, la actitud del examinado hacia la prueba y hacia el examinado, expresiones corporales y emocionales. Es importante anotar si el relato corresponde en buen grado a lo que se supone explora la lámina o si se desvía mostrando un mal examen de realidad como es el caso de los esquizofrénicos.

En cuanto a la interpretación de los relatos, los autores tienen criterios que difieren un poco, pero convienen en que se tiene que recurrir a la teoría psicoanalítica y que se debe evitar un manejo actuarial, una cuantificación de factores.

En 1984 aparece la obra de Leopold Bellak y Lisa A. Goldsmith<sup>67</sup> que viene a explicar y darle luz a lo que sucede en el comportamiento de un sujeto sometido a un examen psicológico. Esta obra no se restringe a eso, sino que es en cierta forma la culminación de las investigaciones llevadas a cabo por el grupo de los “psicólogos del yo”, quienes no se conformaban con la definición

---

<sup>62</sup> Murray, H. A. (1935) *Thematic Apperception Test*, Cambridge, Mass. Harvard University Test.

<sup>63</sup> Bellak, L. (1954) *The Thematic Apperception Test and the Children's Apperception Test in Clinical Use*, New York, Grune and Stalton.

<sup>64</sup> Bellak, L. (1947) *A Guide to the Interpretation of the TAT*, New York, The Psychological Corporation.

<sup>65</sup> Rapaport, D. Schafer, R. & Gill, M. (1946) *Diagnostic Psychological Testing*, New York, International University Press.

<sup>66</sup> Schafer, R. (1948) *The Clinical Application of Psychological Tests*, New York, International University Press.

<sup>67</sup> Bellak, L. & Goldsmith, L. A., 1ª edición (1984) *Metas Amplias para la Evaluación de las funciones del Yo*, México, Manual Moderno.

que hizo Sigmund Freud del Ego. Ellos exploran las funciones que tiene que poner en juego una persona para estructurar su identidad, desarrollar capacidades que le permitan una adaptación exitosa al mundo y relacionarse satisfactoriamente con las personas y el mundo. Son pocas las personas que logran un desarrollo óptimo de esas funciones. Algunos no pueden desarrollarlas por debilidades congénitas, problemas neurológicos, disfunciones anatómicas, un sustrato biológico que no permite el proceso de maduración, etc. Otros, como señala Kernberg<sup>68</sup> (1975), por carencias importantes en las etapas tempranas de la formación del yo, que lo dejan defectuoso, escindido y mal integrado. Otros más sufren una desorganización posterior del yo por estar expuestos al efecto de drogas, medicamentos, trastornos neurohormonales y procesos de patología psiquiátrica.

Un criterio expuesto por Heinz Hartmann<sup>69</sup> (1953) es que la fuerza del yo depende del grado en que un individuo resiste las situaciones que generan estrés y conflictos sin presentar graves y prolongadas regresiones. Bellak desglosa 12 funciones de las que depende una buena adaptación y funcionamiento de una persona:

Según estos autores las 12 funciones del yo son:

- 1.- Prueba de Realidad
- 2.- Juicio
- 3.- Sentido de realidad
- 4.- Regulación de instintos
- 5.- Relaciones objetales
- 6.- Procesos del pensamiento
- 7.- Regresión adaptativa al servicio del yo
- 8.- Funcionamiento defensivo

---

<sup>68</sup> Kernberg, Otto . (1975) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico.

<sup>69</sup> Hartmann, H. (1958). Ego psychology and the problem of adaptation (D. Rapaport, Trans). New York.

- 9.- Barrera protectora de estímulos
- 10.- Funcionamiento autónomo
- 11.- Funcionamiento sintético – integrativo
- 12.- Dominio – Competencia

Los relatos del TAT se prestan para evaluar el grado de desarrollo que han alcanzado esas funciones, la falta de madurez y fijaciones tempranas, los procesos regresivos por la incapacidad del sujeto a enfrentar sus problemas o los problemas degenerativos de las enfermedades psiquiátricas. Esto nos permite establecer un diagnóstico estructural y dinámico más preciso y certero. Pero también nos da la posibilidad de conocer las capacidades menos afectadas por los conflictos y con las que se puede contar en un tratamiento terapéutico, esto es, formular un posible pronóstico.

Ha habido varias sugerencias para la interpretación del TAT. Murray decía que los relatos podían verse como sueños, fantasías o creaciones literarias<sup>70</sup>. A esto Rapaport opone las siguientes objeciones: Los sueños surgen en un estado hipnagógico sin la participación consciente del soñante, quien ante la aparición de contenidos amenazantes enmascara el contenido onírico a través del pensamiento simbólico. En el estado de vigilia el soñante puede recordar el contenido manifiesto del sueño, pero por lo general no hace consciente el contenido simbólico latente. En la fantasía deja vagar el pensamiento sin darle una dirección consciente.

El relato que se le pide al examinado en el TAT implica una tarea intelectual, una manifestación del Ego, de sus capacidades, su forma habitual de enfrentar las demandas del mundo exterior, su estilo personal de relacionarse con el examinador y con las láminas

---

<sup>70</sup> Morgan, C.D. & Murray, H.A. (1935) *Method of Investigating Fantasies, the TAT*, New York, Archive of Neurological Psychiatry.

del test y los mecanismos de defensa con los que cuenta para hacer todo esto y de los que es inconsciente. Por todo esto Rapaport desaprueba un análisis expresado en un protocolo rígido y actuarial. Insisto: El TAT es una herramienta valiosa para establecer un diagnóstico de personalidad amplio y profundo. No es una prueba fácil, se requiere de un conocimiento fundamental de la teoría psicodinámica, una larga práctica supervisada y una disposición personal para observar y escudriñar en la profundidad de los relatos. Esto implica una inversión de tiempo y esfuerzo, que no todos los psicólogos están dispuestos a dar.

Para Rapaport<sup>71</sup> es conveniente iniciar la tarea por una interpretación de las características formales de la estructura del relato. Comienza observando el lenguaje, su riqueza, fluidez, peculiaridades, formas poco comunes de expresarse, términos característicos que lo sitúen en un estrato social, cultural o local. Expresiones extrañas, neologismos hablarían de un trastorno psiquiátrico.

Si el examinado califica la lámina como una pintura, una fotografía, una escena de teatro o película, una caricatura o se vale de un cuento conocido, una novela; lo que intenta es poner una barrera defensiva para no involucrarse. Es una forma de evasión del impacto causado por la lámina.

Dentro de la consigna se le pide al sujeto que diga qué sienten y qué piensan los personajes. La reiterada omisión de los afectos y sentimientos nos hablaría de una persona que reprime sus emociones, de un carácter rígido obsesivo o de un

---

<sup>71</sup> Rapaport, D. Schafer, R. & Gill, M. (1946) *Diagnostic Psychological Testing*, New York, International University Press.

aplanamiento afectivo esquizoide o esquizofrénico. El exceso de emotividad, una actitud histriónica con cambios marcados de la inflexión de la voz, rubor, lagrimeo se presenta con más frecuencia en mujeres infantiles, cándidas, histéricas.

Con el fin de iniciar a mis alumnos en el entrenamiento de la interpretación del TAT he desarrollado la siguiente técnica:

Análisis de la estructura del relato:

**Tiempo de reacción:** menos de 6 segundos= impulsividad, irreflexión, + de 15 segundos= bloqueo, shock, depresión.

**Acatamiento a la lámina:** distorsión, omisión, inclusión

**Lenguaje:** riqueza de vocabulario, corrección gramatical, sintaxis, fluidez. El lenguaje en el TAT, y como en el Test de Inteligencia de Wechsler, es la columna substancial del test, revela la dotación natural desarrollada tempranamente y sin esfuerzo en el seno de la familia y el grado de elocuencia logrado por el sujeto. Para Heinz Hartmann es una de las capacidades libres de conflicto, la más sólida, la que difícilmente es alterada por las circunstancias vivenciales, aún las más penosas por las que pase el sujeto, se ve afectada sólo por procesos neurovegetativos, traumatismos, accidentes vasculares cerebrales, deterioro por sustancias, deterioro degenerativo, psicosis, Alzheimer, debilidad mental, a través del lenguaje podemos, apreciar, también los procesos del pensamiento.

**Relato:** extensión, tendencia a describir, coherencia, apego a la realidad o fantasía

**Desenlace:** hay desenlace o no cierra la Gestalt, el final es optimista, pesimista, incierto

**Fondo endotímico:** tristeza, alegría, coraje, violencia, culpa, etc. El fondo endotímico es un estado emocional más o menos constante, peculiar de cada individuo, que se ve alterado transitoriamente por las vicisitudes del cotidiano vivir, pero que tiende a restablecer su característico equilibrio y nivel.

Generalmente estas características se repiten en los relatos, pero cuando en algún relato se alteran hay que buscar qué contenido del relato puso al examinado a la defensiva. La omisión de un elemento importante en la lámina apunta a un mecanismo de negación, la inclusión de un elemento extraño marca la importancia de éste en la vida del sujeto.

**APARATO PSÍQUICO (Freud)**

**Fuerza del EGO**

- Capacidad Intelectual
  - Motricidad Voluntaria
  - Respuesta Afectiva
  - Capacidad de Simbolizar
  - Lenguaje
  - Capacidad de Demora
  - Tolerancia a la Frustración
  - Mecanismos de Defensa
- } Hartmann

FANTASIA

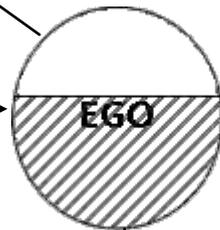
MATERIAL REPRIMIDO  
NECESIDADES

NORMAS SOCIALES  
HERENCIA CULTURAL

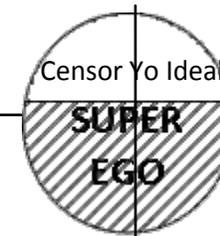
Impulsos Eróticos  
Impulsos Tanáticos



PRINCIPIO DEL PLACER



PRINCIPIO DE LA REALIDAD



PRINCIPIO DEL DEBER

□ Consciente

▨ Inconsciente

**MUNDO EXTERNO**

Para comprender la estructura de la personalidad del examinado propongo la gráfica anexa (\*), reproduce el modelo freudiano del aparato psíquico empleado por la mayoría de los investigadores como Bellak y Rapaport. Aquellos que empiezan a conocer la prueba encuentran un esqueleto o estructura donde ir acomodando los elementos que van extrayendo de los relatos.

Del relato se extrae la fuerza del Ego de que capacidad intelectual dispone. Cómo usa su motricidad, es pasivo, activo, contemplativo impulsivo. ¿Cómo es su respuesta afectiva, “fuerte o débil, depresiva, indiferente, agresiva, destructiva?, ¿Hay tolerancia a la frustración, capacidad de demora?, ¿Qué mecanismos de defensa emplea?, ¿Tiene metas laborales, profesionales, afectivas?, ¿Son lógicas, claras y realizables o fantasiosas, improbables, irrealizables?

¿Cómo se expresan las necesidades del Ello? ¿Con que intensidad o apremio se presentan? ¿El sujeto es hedonista, pasivo no cumple con sus obligaciones, es irrespetuoso, dependiente, pasivo?

¿Cómo se manifiestan las normas introyectadas del Súper Ego? El sujeto se siente amenazado, culpable, oprimido, impedido de actuar libremente? ¿Busca complacer a la autoridad y se somete o se rebela?

En qué forma enfrenta sus conflictos el sujeto, como intenta establecer un equilibrio entre fuerzas contradictorias. Qué tan consciente es de su mundo externo, lo enfrenta con sentido de realidad o lo distorsiona.

Sirva de ejemplo este relato de la lámina 1 de un hombre de 26 años de edad: “Este niño está aburrido. Su padre lo obliga a estudiar música, pero a él no le gusta. Él quisiera irse a jugar football con sus amigos. (¿Qué va a pasar?) Cuando lo dejen salir, sus amigos ya se fueron”.

Un análisis de la estructura del relato nos dice que no hay un acatamiento total a la lámina, pues no menciona explícitamente al violín, sólo lo sugiere por la música. Incluye un elemento que no está en la lámina, al padre, quien, al agregarlo, obviamente tiene un peso importante en su vida. Más que un relato hace una descripción. Hay que estimularlo para forzar un desenlace. El lenguaje es pobre, pero correcto. El relato igualmente pobre. Las capacidades intelectuales, a juzgar por esta muestra, están abajo del promedio. El estado de ánimo es de frustración, de coraje y de impotencia.

Dinámicamente lo que observamos es el predominio de las demandas del Ello (irse a jugar) sobre un Ego incapaz de oponerse a las expectativas (yo ideal) del Super-Ego; un Yo Ideal impuesto por el padre que el examinado no acepta como suyo, pero todo intento de autoafirmarse fallaría, pues él no ha definido una meta propia, no sabe lo que quiere ser, sólo lo que no quiere hacer. La figura del padre aparece dominante, implacable, le restringe el placer del juego y la posibilidad de socializarse. Como consecuencia el sujeto se sumerge en la pasividad, (se aburre), la frustración y la ira contenida.

Una adolescente de 18 años hace este relato a la lámina 2: “Es una familia obviamente del campo, de trabajo. Se ve que han luchado mucho por lo que tienen. Se ven melancólicos. En esta

familia se ve algo, que no están del todo adaptados. La joven se ve como que tiene una mirada al futuro, no es como su mamá. Su mamá tiene los ojos cerrados, pero ella como que está viendo al futuro. Aspira salir de ese ambiente, quiere estudiar, es algo que le causa ilusión, pero al mismo tiempo tiene miedo. Siente tristeza de dejar atrás una parte de lo que ella es. Se va de su casa, estudia, pero ve que el sueño no es lo que ella esperaba. Siempre extraña lo que dejó y acaba regresando”.

En cuanto a la estructura del relato hay un acatamiento parcial, pues no incluye claramente al hombre, no lo menciona propiamente. El lenguaje es sencillo, cotidiano, fluido. El relato es más o menos extenso, apegado a la realidad. El desenlace es de resignación, el clima emocional de miedo y desilusión.

Dinámicamente describe a una familia de condición humilde, que trabaja y lucha pero aún así su situación es precaria. Su relación con el hombre, padre o hermano, pero no compañero, es distante, no lo conoce, no espera nada de él. La madre es importante, existe un lazo afectivo muy fuerte, que finalmente no se rompe. Pero es una madre con la que no quisiera identificarse, pues está anclada en el pasado. Ella está acostumbrada a renunciar, el Ello no es demandante, no hay un Super-Ego que castiga, Las figuras del padre y la madre no parecen autoritarias, más bien desdibujadas, anodinas, no estructurantes. Tiene un Ego débil, con capacidades intelectuales medias, que no aprovecha y en las que no confía. Tiene que luchar contra los obstáculos de una realidad en la que no encuentra cariño. Desiste de su intento de autonomía y regresa a la dependencia pregenital con la madre.

El examinado se identifica generalmente con el protagonista principal, que refleja el concepto que tiene de sí mismo, lo que cree que es o desea ser. Los otros personajes representan a sus figuras de identificación, los padres, la familia y permite observar el tipo de relaciones objetales que establece. Conviene tener datos biográficos del sujeto, de su familia, de su entorno, de su mundo relacional. Es importante estar alerta a signos de patología como mal examen de realidad, restricción del proceso ideacional, pensamiento ilógico, excesiva meticulosidad, intelectualización, labilidad histérica, etc.

El reporte final debe tener en cuenta al receptor de éste ¿para quién es el reporte y para qué? ¿Es para un psicoanalista, psiquiatra, un maestro o un empleador? Qué propósito debe cubrir.

#### **4.9 PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH**

Hermann Rorschach (1921)<sup>72 73</sup>

No es el propósito de este trabajo presentar esta prueba, el primer test proyectivo que se publicó, en forma exhaustiva. Todos los investigadores importantes han escrito algo sobre ella y el estudioso interesado puede recurrir a la vasta bibliografía, anexa a este trabajo, para informarse y estudiarla a fondo. Como en el TAT, la selección final de las 10 láminas de manchas de tinta, que constituyen el test, después de un minucioso rastreo de 10 años de investigación y 10.000 láminas probadas, fue muy acertada. Como en ninguna otra prueba se confirma, que la manifestación

---

<sup>72</sup>Rorschach, H. 1920,1921, *Psychodiagnostik*, Bern, Huber.

<sup>73</sup>Rorschach, H. & Oberholzer, E. 1923, *Zur Auswertung des Formdeutversuchs*, Bern, Gesam Neurolog und Psychist.

conductual o verbal del examinado no es casual, todo es una expresión auténtica y significativa de su personalidad.

Aquí es conveniente revisar la historia. Rorschach, psiquiatra, trabajó entre 1910 y 1920 en la Clínica de Buchhölzli en Suiza sin que le afectara la 1ª Guerra Mundial, ya que su país era y ha sido siempre neutral. Cuando publica su obra (1921), en Alemania, la guerra había terminado, pero en la vencida Alemania nadie se interesaba en esos momentos en una prueba psicológica, y en los otros países europeos había otras prioridades y a nadie le interesaba una prueba y menos escrita en alemán, el idioma del enemigo.

En estas circunstancias Rorschach contrae una pulmonía y muere prematuramente sin haber conocido el devenir de su prueba, fruto de una creativa labor de más de una década. Emil Oberholzer<sup>7475</sup>, colaborador de Rorschach intenta divulgar la prueba entre colegas. Uno de ellos, un psicólogo americano lo invita a un congreso de psicología en Estados Unidos y presenta la prueba a una audiencia que la recibe con asombro y gran entusiasmo. Incrédulos de los aciertos de Rorschach investigan, revisan, exploran una población variada y finalmente amplían el uso de su aplicación e interpretación, pero no se ha alterado el test ni en la presentación ni la configuración de las 10 láminas, tampoco en la estructura teórica de la prueba, el Rorschach es como la inconclusa de Franz Schubert, no admite cambio ni agregados en su completud.

---

<sup>74</sup> Rorschach, H. & Oberholzer, E. 1923, *Zur Auswertung des Formdeutversuchs*, Bern, Gesam Neurolog und Psychist.

<sup>75</sup> Oberholzer, E. 1931, *Zur Differentialdiagnose psychischer Folgezustände mittels des Rorschachschen Formdeutversuch*, Bern, Zeitschr. Neurol. Huber.

Los psicólogos americanos empiezan a aplicar la prueba y les sorprende el cúmulo de datos que pueden sacar de ella, que se confirman clínicamente, pero que no se presta al manejo estadístico y actuarial, que impera en Estados Unidos. Emprenden la tarea de darle validez a la prueba. Se resisten a aceptar hipótesis de investigación que surgieron empíricamente de las observaciones y experiencias clínicas. La bibliografía de intentos de validación de la prueba es amplísima, pero Rapaport<sup>76</sup>, poco antes de su muerte temprana, afirmaba que “El test de Rorschach no ha podido cumplir con la tarea de romper el muro de la seguridad estadística.” Ainsworth<sup>77</sup>, creadora de pruebas psicológicas, dice que es posible establecer criterios de validez cuando se trata de una función, que se puede definir operacionalmente, pero, “El Test de Rorschach emplea n funciones o variables y trata de describir al individuo en términos de patrones dinámicos de funciones de variables interrelacionadas. Esta multiplicidad de variables independientes e interrelacionadas constituye la diferencia más importante entre esta técnica proyectiva y otro tipo de pruebas y presenta el mayor problema de validación”.

La hipótesis que subyace a la prueba es que mientras menos estructurado es el estímulo, mayor esfuerzo tiene que hacer el examinado, pues carece de clichés establecidos en qué apoyarse. La primera función que se pone en juego es la percepción. En segundo lugar tiene que asociar la mancha o parte de ella con sus engramas mnémicos internos y tercero lo evocado debe someterse a una prueba de realidad que requiere de una elaboración y

---

<sup>76</sup> Rapaport, D. Gill, M. & Schafer, R. 1946 *Diagnostic Psychological Testing*, Chicago, Yearbook Publishers.

<sup>77</sup> Ainsworth, M.; Bowlby, J. 1965. *Child Care and the Growth of Love*. London: Penguin Books

formación conceptual. El contenido de la respuesta revela el buen o mal funcionamiento de esos tres procesos.

En cuanto a la estructura de la percepción, Rorschach se guía por las leyes de la Gestalt. Las capacidades intelectuales del examinado se revelan en el contenido (cultura), la amplitud de los contenidos y el número de respuestas (productividad), y por la elaboración y lo apropiado de la forma (prueba de realidad).

Las láminas se prestan para que el examinado haga uso de toda la lámina o parte de ella, que incluya el color (cromático) o las tonalidades de grises (acromático). Puede dotar de movimiento a personas, animales o cosas. Puede ver en las manchas dimensión o perspectiva o apreciar textura.

Para sistematizar la gran cantidad de información que da la prueba, Rorschach concibió una ingeniosa codificación de cada una de las categorías que pueden expresarse en las respuestas. Elaboró un protocolo para facilitar la aplicación y uno para la condensación de las respuestas, la representación del psicograma y las fórmulas que se derivan de la integración. Crear toda esta estructura precisa y razonada requiere de una mente creativa y genial.

Entre los investigadores que trabajaron con la prueba se cuenta Samuel Beck<sup>78</sup>, a quien se le debe un minucioso estudio de la estructura de las manchas. Hace un mapeo de cada lámina, que divide en zonas y que enumera y basándose en un número muy grande de protocolos, calcula qué respuestas están bien vistas y cuáles están mal vistas, y establece a partir de los contenidos

---

<sup>78</sup> Beck, S. 1961 *Rorschach's Test, Basic Process*, New York, London, Grune & Stratton.

cuáles son los más frecuentes para cada zona de la lámina. Este libro de S. Beck es una obra de consulta obligada para todo principiante. Hace también importantes aportaciones para la interpretación de la prueba.<sup>79</sup>

Bruno Klopfer<sup>80</sup><sup>81</sup> et al revisan, precisan y definen la codificación de las respuestas y con un criterio científico y matemático, estudia las fórmulas propuestas y formuladas por Rorschach, las corrobora, y le da validez a muchas aseveraciones interpretativas de Rorschach. Elabora un manual para la aplicación e interpretación de la prueba, claro, sistemático, lógico en el que los que hemos estudiado, usado y enseñado la prueba, nos hemos basado y apoyado.

De todos los investigadores el que más amplia y profundamente estudió el Psicodiagnóstico fue sin lugar a duda David Rapaport<sup>82</sup>. De formación psicoanalítica enfocó su estudio desde una perspectiva clínica y no estadística. Sus vastos conocimientos del psicoanálisis y la Psiquiatría le permitieron aquilatar el valor y la sensibilidad del test para detectar y diferenciar los procesos normales de los psiquiátricos. Su mente metódica al igual que la de Rorschach le llevó a establecer patrones de funcionamiento de los cuadros psicóticos y neuróticos. Hace un análisis preciso de las funciones del Ego que se ponen en juego desde que se presenta la lámina hasta que se verbaliza una respuesta y de los posibles tropiezos que se puedan presentar en

---

<sup>79</sup> Beck, S. 1952, *Advances in Interpretation*, New York, Grune & Stratton

<sup>80</sup> Klopfer, B. et al 1954, *Development in the Rorschach Technik*, New York, Harcourt, Brace & World Inc.

<sup>81</sup> Klopfer, W. 1944 *Suggestions for the Systematic Analysis of Rorschach Records*, Los Angeles, University of California.

<sup>82</sup> Rapaport, D. Gill, M. & Schafer, R. 1946 *Diagnostic Psychological Testing*, Chicago, Yearbook Publishers.

este proceso. Esto va más allá de lo que podía llegar a hacer Rorschach tomando en cuenta el precario nivel al que estaba la neurología cuando él hizo la prueba. En *Sugestiones para un Análisis Sistemático del Rorschach*<sup>83</sup> una de las últimas obras de Rapaport parece expresar la admiración que le tenía a Rorschach y extrae de la prueba lo que su creador ya no tuvo oportunidad de formular.

Roy Schafer<sup>84</sup> colaboró con Rapaport en muchas de sus investigaciones y a la muerte de éste también prematura, divulgó y continuó los proyectos iniciados. Su enfoque del Rorschach y del TAT es totalmente psicoanalítico. Pertenece al grupo de la Psicología del yo y encuentra cómo de la prueba de Rorschach se pueden extraer los aspectos estructurales de la personalidad y el funcionamiento dinámico relacional y único como lo propone Leopold Bellak<sup>85</sup> en 1984 en “*La Evaluación de las Funciones del Yo*”, esto es, 64 años después de la publicación del Rorschach, que se adelantó por mucho a los creadores de otras técnicas proyectivas que le sucedieron.

Z.A. Piotrowski<sup>86</sup> emprendió un estudio diferente. De la aplicación a un vasto grupo de personas seleccionadas propositivamente creó perfiles basados en las respuestas “apropiadas” para cada puesto de alto nivel en el campo laboral.

Tuve la oportunidad de tomar un curso con él que tenía como objetivo el facilitar la selección de ejecutivos de alto nivel a los

---

<sup>83</sup> Klopfer, W. 1944 *Suggestions for the Systematic Analysis of Rorschach Records*, Los Angeles, University of California

<sup>84</sup> Schafer, R, 1954 *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing*, New York, Grune & Stratton.

<sup>85</sup> Bellak, L. & Goldsmith, L. A., 1ª edición (1984) *Metas Amplias para la Evaluación de las funciones del Yo*, México, Manual Moderno.

<sup>86</sup> Piotrowsky, Z.A. 1947, *Rorschach Compendium*, Psychiatric Quarterly.

“head hunters”. El propósito es eliminar de un grupo de candidatos a aquellos que presenten signos de patología y escoger a la persona que tenga un alto cociente intelectual, creatividad, alto rendimiento cuantitativo y cualitativo, capacidad de establecer relaciones no conflictivas, capacidad de demora y control de impulsos.

Ewald Bohm<sup>87</sup> presenta en su libro “*Vademecum*” un enfoque parecido pero dirigido a la clínica y a los padecimientos. Del estudio médico y clínico de los protocolos de pacientes ha formado patrones de respuestas de cuadros nosológicos con las respuestas frecuentes de cada grupo. (Una especie de DSM IV)

En el INN empleamos el Rorschach para diagnosticar a algunos pacientes, pero más que nada en investigación. Seguimos la forma de aplicación e interpretación sugerida por Bruno Klopfer<sup>88</sup>.

#### Estructura de la Prueba:

La prueba consta de diez láminas a base de manchas de tinta. 5 son acromáticas (I,IV,V,VI,VII), dos en negro y rojo (bicromáticas) (II, III) y tres pluricromáticas (VIII, IX, X)

#### Aplicación de la prueba:

La prueba se aplica individualmente en una sola sesión; (interrumpir la aplicación interfiere en el proceso de evocación de lo memorizado). La consigna es: “Le voy a enseñar una serie de láminas hechas a base de manchas. En realidad no son nada, pero pueden parecerse a algo. Quiero que use su fantasía y me diga a

---

<sup>87</sup> Bohm, E. 1967 *Psychodiagnostisches Vademecum*, Bern und Stuttgart, Hans Huber Verlag.

<sup>88</sup> Klopfer, B. et al 1954, *Development in the Rorschach Technik*, New York, Harcourt, Brace & World Inc.



qué se parecen, qué le recuerdan, qué podrían ser”. El examinado debe comprender que no hay respuestas “buenas” o “malas” (aunque en realidad si las hay).

Se le presenta la primera lámina en la posición marcada, de preferencia se le da en la mano para que pueda moverla a voluntad. Se registra el tiempo que transcurre entre la presentación de la lámina y la expresión verbal de la respuesta. Este es el tiempo de reacción. El examinado debe saber, que puede a voluntad, dar más de una respuesta. Agotado el proceso ideacional se le retira la lámina y se le entrega la siguiente en riguroso orden. El examinador debe tener a mano un protocolo que le facilite la anotación de todo lo que pasa durante la presentación de la prueba.

#### Encuesta:

El examinador repasa con el examinado todas las respuestas para asegurarse de qué, dónde y cómo vio lo que dice.

#### Localización:

¿Dónde vio el S la percepción? En toda la lámina (W); en un detalle grande (D); pequeño (d); en el espacio en blanco (S)

#### Contenido:

¿Qué es lo que vio? Un objeto OBJ, un animal A, una persona completa H o una parte Hd; un monstruo (A) o (H) etc.

#### Determinante:

¿Cómo elabora la percepción? Le puede dar color, movimiento, textura, dimensión, sombreado.

### Frecuencia de la respuesta:

Si el contenido de la respuesta es común entre la población, es como un cliché, se codifica como popular (P) o sí es una respuesta poco frecuente, creativa, original (O+) o es infrecuente entre personas sanas y representa un pensamiento psicótico (O-).

### Precisión de la Forma:

Si la respuesta concuerda bien con la mancha se le calificará con un signo +, si no cumple con el examen de realidad, se calificará con un signo -, según Rorschach. Sin embargo Rapaport<sup>89</sup> sugiere hacer una clasificación más precisa: + muy buena, ± buena, se acepta como buena porque el contenido es impreciso (humo, nubes, agua, fuego, etc.) y – mala.

### Nivel de elaboración de la respuesta

Este índice explora el área cognitiva: una respuesta mal vista recibe -1 de calificación. Una percepción poco definida: 0.5. Una buena percepción vale 1. Una respuesta humana 1.5. A esta calificación básica se le suma 0.5 por cada elemento que agrega, y que enriquezca el concepto. Ejemplo: Dos perritos (1) negros (0.5), peludos (0.5), gorditos (0.5), están jugando (0.5),(están interactuando)(0.5) = 3.5.

### Codificación:

Cada respuesta deberá codificarse en cada uno de los 6 rubros e integrarse en un protocolo en donde se grafique

---

<sup>89</sup> Rapaport, D. Gill, M. & Schafer, R. 1946 *Diagnostic Psychological Testing*, Chicago, Yearbook Publishers.

obteniendo el Psicograma. Luego se llenan las fórmulas propuestas por Rorschach. La interpretación requiere de un amplio conocimiento que se adquiere sólo mediante la lectura de la bibliografía pertinente, la práctica de la aplicación y la supervisión de un experto.

#### **4.10 EL REPORTE PSICOLÓGICO**

El resultado integral de la evaluación psicológica de la batería de pruebas se expresa en el informe. “Un componente de cualquier procedimiento de evaluación es el informe de los resultados. La confiabilidad y la validez alta de una prueba o procedimiento de evaluación puede perder todo su valor, si el informe no está redactado en una forma organizada y comprensible. Por supuesto variará de acuerdo con la meta de la evaluación y a quién está dirigido”. (R.J.Cohen)

“Debido a que no hay un estilo universal para la redacción de un informe psicológico, la mayoría de los evaluadores desarrollan un estilo propio que se adapta mejor a la meta de la evaluación.” (R.J.Cohen)

Los informes varían dependiendo del receptor del informe: padres, maestros, empleadores, abogados, compañías de seguros, médicos, terapeutas o psicoanalistas. Varían también de acuerdo a las premisas teóricas que subyacen, a la particular teoría de personalidad que emplea el psicólogo para la interpretación de los resultados. Sin embargo el reporte debe hacerse en forma precisa y estricta a las respuestas a las pruebas. Debe evitarse absolutamente hacer descripciones vagas y generales, aplicables casi a cualquier persona. El hallazgo de que las descripciones

vagas tienden a ser aceptadas y referidas a ellas se conoce como “el efecto Barnum” (por el comediante P.T.Barnum), algo así como las predicciones astrológicas. El correspondiente en México sería, cantinflasco. El psicólogo debe cuidarse de usar frases vanas y convencionales, ambiguas, contradictorias y banales.

El reporte clínico de un hospital difiere un poco del que se elabora dirigido a la escuela, el empleador, el psicoterapeuta o los padres. Debido a que va a ser anexado al expediente, donde ya están anotados muchos datos, se requiere que sea breve, claro, conciso y que se omitan datos ya reportados.

Se empieza por el nombre completo y N° de Registro. Se anotan las pruebas aplicadas y a continuación una síntesis de resultados organizándola por áreas.

1.- Capacidades intelectuales:

Dotación natural y cultura adquirida. Posible deterioro, ya que se atienden pacientes adultos, algunos de edad avanzada, algunos con padecimientos incapacitantes. En qué grado hacen un uso adecuado de sus recursos disponibles o aduciendo la enfermedad son dependientes y regresivos.

2.- Relaciones interpersonales:

Como son las relaciones que mantienen o mantuvieron con sus familiares de origen, con la propia, esposo/a, hijos, nietos, amigos, compañeros de estudios o de trabajo. Cuál es su red de apoyo, ¿Son responsables de su familia o dependen de alguien, de quién? Cómo les afecta la soledad.

3.- Actitud ante su padecimiento:

Se muestran apáticos, temerosos, angustiados, quejumbrosos, pesimistas o enfrentan su padecimiento con espíritu de lucha, confianza en el tratamiento y adherencia al tratamiento. Qué tan realista es su percepción de su condición de paciente y del pronóstico que tiene.

4.- Diagnóstico psicológico:

Rasgos de personalidad predominantes.

5.- Recomendaciones terapéuticas:

Con qué capacidad cuenta para mejorar el estado actual. ¿Cuáles son los cambios en su estilo de vida actual, qué sería conveniente llevar a cabo para lograr un estado de mayor satisfacción? ¿Qué cambios tendría que hacer en el ambiente y en su entorno relacional para sentirse mejor?

Al afortunado le es concedido  
comprender las penas de los  
demás.

A.V. Plateu

## Capítulo V.

### La Intervención Terapéutica en la INNSZ

Siendo el INN una institución médica, las personas que acuden, lo hacen porque tienen un padecimiento físico. Antes se pensaba que lo que se requería era tratar la enfermedad con los elementos que ofrece la ciencia, que son cada vez más sofisticados y supuestamente más efectivos para atacar la enfermedad. Ahora se sabe, y esa es una razón más para la existencia del Departamento de Medicina Psicológica en el INN, que toda enfermedad, por leve que sea, va acompañada de trastornos y malestares psicológicos. Ante un diagnóstico desfavorable o grave no es de sorprender que se presente angustia, depresión, desesperanza, coraje y estas emociones pueden repercutir y agravar aún más el estado del enfermo. Por este motivo siempre se ha prestado un servicio de intervención psicoterapéutica a solicitud de los médicos tratantes.

A lo largo de la historia han existido personas que acompañaban a los que sufren en la enfermedad y a la hora de la muerte. Generalmente han sido mujeres que asumen un rol maternal, los chamanes, los sacerdotes, ahora son los psicoterapeutas y los tanatólogos. Lo que tenía en el pasado un cariz mágico, ahora se ha vuelto científico y se ha convertido no en una sola técnica estrictamente, sino en muchas variedades de abordajes.

A la intervención terapéutica se le han dado muchas definiciones, pero la mejor aceptada es la de Lewis R. Wolberg<sup>90</sup> que dice:

“La psicoterapia es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona capacitada establece una relación de manera deliberada con un paciente con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de mediar patrones de comportamiento perturbados y de promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad en sentido positivo”.

Otra definición es la de J.D. Frank<sup>91</sup>, dice:

“La psicoterapia es una intervención confiada, planeada y emocionalmente cargada entre un psicoterapeuta capacitado y aprobado por la sociedad y un enfermo. Durante esta intervención el psicoterapeuta busca aliviar la angustia y la incapacidad del enfermo por medio de comunicaciones simbólicas, sobre todo palabras, pero también en ocasiones actividades corporales. El psicoterapeuta puede hacer intervenir o no a los parientes del paciente y a otros en los ritos de curación. La psicoterapia también incluye a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida, que puede utilizarse como una oportunidad para el crecimiento personal”.

Existen actualmente una gran variedad de técnicas psicoterapéuticas pero es necesario clasificarlas: 1º por el objetivo que persiguen, 2º por la rama de conocimientos de la que derivan

---

<sup>90</sup> Wolberg, Lewis (1967) “The Technique of Psychotherapy” Vol.1, New York Grune and Stratton.

<sup>91</sup> Frank, J. D. (1982) en Trull, T.J; Phares, E.J. “*Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*”, México, Argentina, Thompson Learning.

sus supuestos y 3º por el tipo de profesionalista que se requiere para su aplicación.

Por el nivel de intervención y las metas que persiguen, Wolberg las divide en:

Terapias de apoyo

Terapias reeducativas

Terapias reconstructivas

### **5.1 LA TERAPIA DE APOYO**

Este nivel de intervención es el que se emplea habitualmente en hospitales mentales, asilos, aunque también en pacientes ambulatorios. Está diseñada para personas de escasas capacidades intelectuales o que se han deteriorado por procesos degenerativos, problemas neurológicos, psicosis, traumatismos. En muchos casos han perdido la ubicación en tiempo espacio, se ha alterado el ciclo de sueño-vigilia. Han perdido a veces la capacidad de autocuidado. Frecuentemente va acompañado de un estado depresivo, abulia, desinterés en el medio ambiente, pasividad e inactividad, porque han perdido la destreza para realizar las tareas que antes les producía satisfacción y desisten para no equivocarse. Por el tipo de técnicas empleadas generalmente no se logra un cambio permanente de la conducta del paciente por lo que se hace necesario reforzar la conducta deseada periódicamente.

Las técnicas empleadas son variadas. Los pacientes institucionalizados deben adaptarse al ambiente, que pone en orden el ritmo sueño-vigilia, los horarios de comida, los hábitos de

limpieza mediante presión, coherción, persuasión, disciplina y la manipulación del ambiente. Se establecen actividades, se estimula la motricidad dentro de lo posible. Se externalizan intereses a través de lo que se denomina terapia ocupacional. Se les involucra en actividades que ya sabían y otras que pueden aprender. Se favorece la catarsis emocional y se emplean técnicas de desensibilización. Puede emplearse la sugestión hipnótica y la sugestión por prestigio para la remoción de stress. Dentro de las instituciones se lleva a cabo terapia de grupo catártica o directiva, se promueve la socialización de los pacientes y se refuerzan las habilidades perdidas con fines readaptativos. Se emplean también técnicas de soporte somático, relajación muscular, hidroterapia, fisioterapia, terapia musical. Estas técnicas pueden ser proporcionadas por enfermeras, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, psicólogos, maestros que se hacen cargo de la terapia ocupacional y médicos que dan el apoyo farmacológico.

## **5.2 LA TERAPIA REEDUCATIVA**

Está dirigida a niños, jóvenes desorientados, rebeldes, desadaptados, parejas en conflicto, familias con problemas, personas inconformes con su situación actual o que deben elaborar un duelo o un divorcio. Generalmente buscan únicamente solucionar un problema específico o remover síntomas molestos. No están interesados en llevar a cabo cambios radicales en sus vidas, no pretenden o no pueden profundizar mayormente o adquirir mayor conocimiento de sí mismos o de los demás.

El objetivo es enfocar el problema que lleva al paciente a buscar ayuda sin proponerse un cambio sustancial. Se analizan las

metas, se calcula su viabilidad y se elige la técnica terapéutica apropiada, dirigida a incentivar esfuerzos deliberados de reajuste, modificar las metas y el planteamiento de nuevas metas que lleven a reactivar potencialidades creativas.

Aquí se emplea la terapia cognitiva-conductual de Skinner, la terapia racional-emotiva de Albert Ellis, la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers, la terapia de actitudes, terapia psicobiológica, retroalimentación, el counseling, case-work, racional informativa, terapia de niños, orientación vocacional, terapias de grupo, terapia familiar sistémica, reeducativa, Gestalt y enfoques filosóficos como el Zen-budismo existencial, etc. se trabaja a un nivel consciente aunque en algunos tipos de terapia se pretende que el paciente logre tener insight de su problemática.

Estas técnicas terapéuticas llevan el nombre de sus creadores, pero existen una serie de estrategias sencillas pero efectivas para ayudar al paciente. A veces lo que se necesita es darle información, una explicación lógica de su padecimiento, de su diagnóstico y probable pronóstico, reducir su angustia y reforzar la adherencia con el personal médico. La ignorancia genera temores innecesarios. Pueden asignarse tareas que mejoren su adaptación a su medio familiar y social (ergoterapia). El terapeuta es visto como una autoridad firme, cuya guía y consejo es tomado en cuenta, a quien se da crédito si eleva la asertividad, la autoestima y combate los sentimientos de inferioridad e inseguridad. Al ser el terapeuta una persona que no emite un juicio, no censura, esto reduce la culpa y fomenta confianza. A todo esto se le ha llamado "cura de transferencia". El enfermo suele aislarse y volverse inactivo y pasivo. Dentro de lo posible hay que alentarle a reasumir sus

actividades, crear nuevas como hobbies, (terapia ocupacional), tratar de divertirse y distraerse, terapias recreacionales o lúdicas. En lo general lo que se pretende es que el paciente aprenda una nueva forma de enfrentar problemas similares.

Los encargados de llevar a cabo este tratamiento son de preferencia psicólogos clínicos que han recibido una capacitación. Los psiquiatras se encargan del tratamiento farmacológico, pero en ocasiones incursionan en el terreno de la psicoterapia, no siempre con un entrenamiento adecuado. Es útil también la colaboración de trabajadoras sociales y enfermeras psiquiátricas capacitadas, así como maestros que apoyen con terapia ocupacional.

### **5.3 LA TERAPIA RECONSTRUCTIVA**

Este tipo de terapia está dirigido generalmente a adultos inteligentes, preparados, funcionales pero que de alguna forma no están satisfechos con su situación existencial. Están dispuestos a buscar en su interior la causa de su malestar y no atribuirlo al mundo exterior. Se pretende el cambio hacia una actitud más realista, lograr el discernimiento de las conductas neuróticas y las sanas, llegar a la comprensión no sólo intelectual sino emocional de sus problemas, enfrentar los traumas del pasado para ganar una libertad sin culpa e inhibiciones. Se pretende con esto favorecer el crecimiento del paciente, abrirle el camino a una mejor convivencia consigo mismo y su entorno. Se piensa que el paciente logrará hacer cambios caracterológicos permanentes y seguirá avanzando en su proceso de maduración, desarrollando nuevas potencialidades adaptativas. Las técnicas empleadas en este tipo

de terapia derivan de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud. El psicoanálisis ortodoxo sigue estrictamente las normas dictadas por su creador basadas en un aparato intra psíquico formado por el ELLO, EGO y SUPER EGO, los dos últimos mínimamente conscientes y mayormente inconscientes, la teoría psicoanalítica se ha catalogado por algunos como pansexualista, se basa en los conflictos intrapsíquicos entre las fuerzas del ELLO y las prohibiciones del SUPER EGO y las capacidades mediadoras del EGO. Se pretende ganar insight de los conflictos inconscientes. Las técnicas empleadas en este tipo de terapia son el análisis de sueños, el análisis de la transferencia, el análisis de lapsus, olvidos, mecanismos de defensa y la rigurosa regla de abstinencia.

Algunos de los alumnos y colaboradores fueron fieles seguidores de Freud como Karl Abraham, Melanie Klein, Helene Deutsch, Ernest Jones, Frieda Fromm Reichmann, aunque con ligeras variantes. Otros, inicialmente colaboradores se separaron tempranamente como Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Karen Horney, Erich Fromm, Erik Erickson, Igor Caruso, Binswanger, Lacan y otros difieren en mayor grado de los lineamientos estrictamente freudianos y estas terapias se conocen como terapias neo o post freudianas.

#### **5.4 EFECTO DE LA PSICOTERAPIA**

¿Qué evidencia existe de que las técnicas psicoterapéuticas logren su objetivo, mejoren la situación del paciente, aminoren su angustia, su depresión, su malestar, lo impulsen a ser mejor? Se han aplicado encuestas como la del “Consumer Reports” de 1995 realizada con 4000 personas, que antes de la terapia reportaban

que “su vida en general era mala o muy mala” y un 80% de los encuestados reportaron mejoría en varias áreas. Esta encuesta reporta el estudio más amplio y estadísticamente más meticuloso hasta la fecha.

Lambert y Bergin en otra encuesta informan que la mejoría apreciada por los pacientes “apoya la evidencia empírica de la eficacia de la psicoterapia” (1994).

### Características del terapeuta

La psicoterapia se lleva a cabo en una relación emocional y el éxito depende tanto de las características especiales del paciente como también de las cualidades y habilidades del terapeuta, sea éste psiquiatra, psicólogo o trabajador social. Durante mucho tiempo, los psiquiatras trataron de impedir que los psicólogos clínicos ejercieran la psicoterapia. En México y en otras partes también, los aspirantes a una formación psicoanalítica sólo eran admitidos con el título de médicos. Los psicólogos lucharon tenazmente para vencer gradualmente las prerrogativas territoriales. Actualmente no hay evidencia real de que una profesión en especial produzca mejores terapeutas.

A la pregunta de cuáles son las cualidades que debería tener un terapeuta, encontramos una lista interminable en la bibliografía, una suma de atributos imposibles de encontrar en una sola persona: inteligente, sabio, con orientación científica, competente, maduro, bien adaptado, tolerante, paciente, amable, afectuoso, libre de fanatismo racial y religioso, digno de confianza, seguro, maduro con las experiencias de la vida, capaz de controlar la contratransferencia, etc.

Ahora ¿cuáles son los requisitos de los pacientes?

Al nivel de terapia de apoyo los pacientes presentan niveles de patología severos, desadaptación, confusión, ineficiencia, ansiedad, pánico, depresión, ira mal controlada etc. Requieren de una intervención psicológica y farmacológica intensiva e incondicional. En los otros niveles de mayor estructuración intelectual y emocional se requiere de un nivel razonable de inteligencia y escolaridad, capacidad de introspección, de preferencia jóvenes o de mediana edad porque a edad más avanzada los patrones de conducta están más rígidamente establecidos y son menos susceptibles a cambios. French y Alexander opinan que cierto nivel de ansiedad y sufrimiento existencial propicia la motivación y aumenta la energía psicológica para realizar cambios adaptativos. Sin embargo hay que asumir una postura realista. La terapia en sí no logra hacer cambios, los hace el paciente. Yo no creo en las curaciones milagrosas, pero si el terapeuta se propone metas terapéuticas modestas, congruentes con las capacidades del paciente, aplicadas racional y éticamente, esto puede redundar en un gran beneficio. A través de la alianza terapéutica el paciente aprende cosas nuevas, corrige formas fallidas de pensar y de actuar, desarrolla un sentimiento de eficiencia de sí mismo que promueve un nivel de desempeño superior. La experiencia relacional con el terapeuta se reflejará en su contacto social con el mundo. Enfrentarse con su mundo interno, sus vivencias pasadas y presentes, sus temores, sus culpas, sus frustraciones no es fácil, de allí el dicho de que la psicoterapia sin ira, ansiedad y lágrimas, no es terapia.

La siguiente pregunta es: ¿Cuál es la mejor técnica terapéutica?

La respuesta según Wolberg es: no la hay. Entre las muchas variables de terapias no hay una que sea la panacea. La elección debe basarse en dos necesidades: Para qué clase de paciente y para propiciar qué cambios. Esto a su vez se desprende del diagnóstico psicológico, de la valoración de las características y capacidades del paciente, de los problemas a enfrentar y de la meta de desarrollo que pretenda alcanzar el paciente (y el terapeuta).

Una persona con una estructura de personalidad sana y bien organizada, puede colapsarse ante circunstancias ambientales que le traumaticen severamente. Lo único que necesita es una terapia breve, que le ayude a recuperar su nivel adaptativo. Otra persona puede tener problemas de adaptación que le impiden relacionarse con los demás, pero si es suficientemente flexible y dispuesto a cambiar sus patrones de vida, si se da cuenta, si desarrolla el insight, si corrige sus actitudes distorsionadas, puede beneficiarse mucho. En este caso estaría indicada una terapia reeducativa. Un tercero puede acudir por problemas maritales, pero al examinarlo vemos que su queja es una manifestación superficial que encubre un desorden serio de personalidad, que requeriría de una drástica reorganización de la estructura de carácter en una terapia reconstructiva.

Independientemente del tipo de terapia, los efectos benéficos de la terapia se pueden atribuir a que el paciente restablece su sentimiento de poder, de autoafirmación, de autoestima, de la seguridad de que puede dominar sus tensiones internas y responder a las exigencias externas.

No hay que pasar por alto el efecto benéfico de la alianza terapéutica, la relación de confianza que establece el paciente a veces de inmediato, otras veces paulatinamente con el profesionalista. En el clima de aceptación libre de censura, la comunicación fluye y se da la oportunidad de que el paciente se atreva a expresar en forma explosiva y casi violenta las emociones que lo torturan, que se libere de tensiones y energía opresora y experimente un gran alivio a través de la catarsis. Así va haciendo una reevaluación de sí mismo modificando conceptos, actitudes y metas irreales y las substituye por acciones productivas que llevan a mejores relaciones con la gente. (Joel Kovel 1976).

### **5.5 DESARROLLO DE DESTREZAS TERAPÉUTICAS**

Reiteramos que el Instituto es un hospital para enfermos adultos con trastornos médicos, no psiquiátricos, pero que presentan problemas psicológicos y emocionales provocados o acentuados, por un padecimiento actual, además de los ya existentes previamente como rasgos de su personalidad. Cuando se hace la primera evaluación del paciente se explora su estado mental (minimal) y si presenta un trastorno mental evidente se le refiere a un hospital psiquiátrico. El Instituto es un hospital de especialidades al que acuden personas de todos los niveles económicos, culturales, sociales, étnicos, del Distrito federal o de los estados. Esto hace que la población sea heterogénea, sin embargo presentan ciertas similitudes según el tipo de padecimientos que los aqueja. Los pacientes referidos por los médicos para su tratamiento al Departamento de Psicología con mayor frecuencia se quejan de:

1. Ansiedad, ataques de pánico, diversos tipos de fobias, dolores musculares y de otro tipo, tensión, stress, pesadillas e insomnio, etc. depresión, trastornos de la alimentación, etc.
2. Otro tipo de quejas son: el enfrentamiento a su enfermedad y probablemente a la muerte, la aceptación de las deficiencias e impedimentos que implica la enfermedad, la falta de apego por parte de la familia, el problema económico que implican los costos: medicinas, consultas, hospitalización e intervención quirúrgica en algunos casos.
3. El estado de enfermedad provoca un debilitamiento de la capacidad del yo para enfrentar el cotidiano vivir y aparecen y se agudizan problemas más profundos que ya estaban latentes, pero que en la situación de crisis se manifiestan con mayor intensidad: problemas conyugales, familiares, con los hijos, los padres, divorcios, separaciones, abandonos, violencia familiar, maltrato en suma: infelicidad, angustia, ira, depresión.

Una vez detectada la población que había que atender, escogimos las técnicas terapéuticas apropiadas para los pacientes y factibles de llevar a cabo en el Instituto. Decidimos emplear técnicas basadas en el conductismo y desarrolladas desde Ivan Petrovich Pavlov<sup>92</sup>, John B. Watson<sup>93</sup>, Burrhus F. Skinner<sup>94</sup>, Joseph

---

<sup>92</sup> Pavlov, I.P (1927) *Conditioned Reflexes, An Investigation of the Physiological activity of the cerebral Cortex*. Oxford, University. Press, New York

Wólpe<sup>95</sup>, Mary Coûer Jones, T. G. Stampfl<sup>96</sup>, el condicionamiento social de Alfred Benwers.

Por otra parte empleamos también técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje o cognoscitivas representadas por Thorndike, Tolman, Hull, la cognitivo conductual de Dollard y Miller.

Primeramente hicimos una revisión en nuestros seminarios bibliográficos, posteriormente implementamos y ensayamos y posteriormente se aplicaron las técnicas a grupos de pacientes bajo supervisión, hasta comprobar la eficiencia del pasante

Para el primer tipo de paciente hemos empleado con buenos resultados abordajes biopsicológicos, que incluyen ejercicios motores y se han combinado con terapia medicamentosa a cargo de los psiquiatras. Hemos usado la terapia “de relajación progresiva” propuesta en 1938 por Jacobson<sup>97</sup>. El ha demostrado que las respuestas autónomas, como los latidos del corazón y la presión arterial, podían reducirse mediante lo que denominaba “relajamiento muscular profundo”. Generalmente se requieren de cinco a seis sesiones de 30 a 50 minutos para lograr que el paciente pueda distinguir entre un estado de tensión y uno de relajación y pueda dominar la habilidad del relajamiento muscular. Se comienza el entrenamiento haciendo que el paciente apriete firmemente un objeto y lo suelte de repente, hasta que sienta la

---

<sup>93</sup> Watson, J. B.; Rayner, P (1920) “Conditioned emotional reactions” *Journal of Experimental Psychology*, 3.

<sup>94</sup> Skinner B.F. (1977) *Ciencia y conducta Humana*. Editorial Fontanella

<sup>95</sup> Wólpe, J. (1973) “The practice of Behavior Therapy” New York Pergamon Press Inc.

<sup>96</sup> Stampfl, T.G. (1967) “Essentials of Implosive Therapy” Chicago, journal of Abnormal Psychology.

<sup>97</sup> Jacobson, E (1938) “Progressive Relaxation” Chicago, University of Chicago Press.

diferencia entre el brazo tenso y el relajado. Se pasa ahora a otros músculos (piernas, cuello, espalda, etc.).

Se le sugiere que adopte una postura cómoda, que coloque los brazos en el regazo en actitud de reposo. Con voz pausada, un tanto monótona, se le da orden de que vaya relajando todos los músculos recorriendo el cuerpo de pies a cabeza o a la inversa. Este ejercicio solemos hacerlo en grupo, evitando ruidos perturbadores, en una habitación poco luminosa, con los ojos cerrados para lograr una mayor concentración. En apoyo a esto se les entrega un cassette con la grabación para que puedan llevar a cabo la relajación en casa. Se ha elaborado también un folleto explicativo.

La técnica de relajación autógena de Schultz de 1980 va más allá. Se basa en una serie de frases que tienen el propósito de inducir estados de relajación por medio de la sugestión y autogestión. Para realizarla se busca un ambiente tranquilo y apartado, se adopta una postura cómoda y una actitud pasiva y receptiva.

**1° Relajación muscular:** se enfoca la atención en la musculatura corporal ordenando su relajación progresiva repitiendo cinco o seis veces cada orden, hasta recorrer todo el cuerpo.

**2° Relajación vascular:** se pretende conseguir la dilatación de los vasos sanguíneos para aumentar el flujo sanguíneo, produciendo sensaciones de aumento de calor.

**3° Regulación del ritmo cardiaco:** colocando la mano derecha a la altura del corazón se induce un estado de serenidad y paz.

**4° Regulación de la respiración:** se ensaya una respiración diafragmática tranquila, pausada y profunda.

Estos ejercicios de relajación semejan casi estados hipnóticos. En una ocasión se organizó en el INN un taller de hipnosis bajo la dirección de la Dra. Teresa Robles del Centro Eriksoniano. Expuso la utilidad de la hipnosis en el control del dolor, la desensibilización sistemática, la reducción de síntomas psicósomáticos.

Empleamos la técnica de J. Wolpe y de Jacobson, dándole al paciente un termómetro que tiene que sostener con los dedos pulgar e índice y conforme se va relajando puede observar la elevación paulatina de la temperatura, lo cual le sirve de retroalimentación o Feed back. Usamos también la terapia de implosión de Thomas G. Stampfl<sup>98</sup>, que en el estado de máxima relajación pide que el paciente deje flotar la imaginación y evoque:

1. Una experiencia muy placentera, muy satisfactoria que le produzca una sensación de alegría y felicidad.
2. Un evento traumático de miedo y penoso, preocupante y en el estado de tranquilidad lo revalore, lo reviva con menor intensidad, busque una solución racional, encuentre la forma de soportarlo o abordarlo.
3. Las técnicas basadas en el condicionamiento operante surten efecto, pero éste no es permanente, por lo que es conveniente continuarlo o reanudarlo, si el efecto positivo se extingue. (B.F. Skinner)<sup>99100</sup>.

---

<sup>98</sup> Stampfl, T.G. (1967) "Essentials of Implosive Therapy" Chicago, journal of Abnormal Psychology.

<sup>99</sup> Skinner, B.F. Verbal Behaviour. New York, Appleton- Century-Crofts, 1957.

<sup>100</sup> Skinner, B.F. Ciencia y conducta Humana. Editorial Fontanella, 1977

En algunos casos recurrimos a la terapia psicoanalíticamente orientada, la que requiere de un conocimiento exhaustivo de la teoría psicoanalítica y un entrenamiento largo, que no es posible brindarles a los pasantes en el Instituto. En esos casos los pasantes se han hecho cargo de la aplicación de las pruebas psicológicas, que han valorado bajo supervisión y yo me he hecho cargo del tratamiento. Como el pasante, al aplicar las pruebas ya ha establecido una relación con el paciente, ya no le sorprende que el pasante esté presente durante la sesión terapéutica. Posteriormente se comenta la sesión en grupo y se motiva a los pasantes para que expresen qué observaron, qué entendieron de la dinámica expuesta, por qué y cómo se hicieron las interpretaciones al paciente. Si el paciente presentó un sueño, se interpreta y se relaciona con el devenir de la terapia. Esto ha motivado a muchos de los pasantes para emprender un entrenamiento serio y formal en alguna de las asociaciones formadoras de terapeutas.

En 1979 todo el personal del Departamento de Psicología Médica participó en un curso dirigido por el Dr. Arturo Fernández Cerdeño en el que se revisó la obra de L. v. Bertalanffy<sup>101</sup> “La teoría general de los sistemas” que presenta nuevos patrones en la formulación del pensamiento científico, una nueva epistemología. Del dictum aristotélico de que el todo es más que la suma de sus partes fue W. Köhler más que Wertheimer y Koffka, quien casi llegó a generar a partir de la teoría de la Gestalt la teoría general de sistemas, pero fue Ludwing v. Bertalanffy, quien formula ya en los años 30 y publica y explica en 1954 “la teoría general de los sistemas” de esta manera:”las propiedades y modos de acción de

---

<sup>101</sup> Bertalanffy, Ludwing v. (1979) “Perspectivas en la teoría general de sistemas” Madrid, Alianza Editorial.

los niveles superiores no pueden explicarse por la suma de las propiedades y modos de acción que corresponden a sus componentes considerados aisladamente. No obstante es posible llegar a los niveles más elevados partiendo de los componentes, si se conoce el conjunto de componentes y las relaciones que existen entre las mismas”.

“La ciencia clásica en sus diversas disciplinas, ya sea la química, la biología, la psicología o las ciencias sociales han intentado aislar las partes que componen los universos observados –compuestos químicos, enzimas, células, sensaciones elementales, individuos en libre competencia, etc. con la esperanza de que al reconstruir conceptual o experimentalmente el todo –células, mente, sociedad– éste resulte inteligible. Hoy sabemos que para comprenderlos no sólo son necesarias sus partes, sino también la relación que conectan unas con las otras, el interjuego de enzimas en la célula, los procesos conscientes e inconscientes de la personalidad, la estructura y la dinámica de los sistemas sociales. “Tales enfoques tienen aplicabilidad en la física y el desarrollo de la física nuclear, la cibernética, la farmacología, la economía, la biología, la medicina”<sup>102</sup> y para nosotros muy importante, la psicoterapia que no puede reducirse al individuo aislado, sino relacionado con una familia e inmerso en una sociedad.

Basada en esta nueva forma de pensamiento se desarrolló la Terapia Familiar Sistémica y con el propósito de familiarizarme con su técnica, me trasladé en 1981 a Palo Alto, a la Universidad de Stanford donde se alberga el Mental Research Institute. Una de las

---

<sup>102</sup> Bertalanffy, Ludwing v. (1979) “Perspectivas en la teoría general de sistemas” Madrid, Alianza Editorial.

figuras más importantes era Gregory Bateson, su esposa Margaret Mead, John H. Weakland, Don D. Jackson, Jay Haley, y nuestros maestros directos, Virginia Satir, Paul Watzlawick, Cecilia Falikow, Carlos Sluzky. Tuve que aprender una nueva lengua, se hablaba de paradoja y contraparadoja de posiciones up and down, del doble mensaje, etc. Las sesiones se video-grababan y un equipo de terapeutas observaba desde la cámara de Gesell. En cualquier momento un coterapeuta podría irrumpir en la sala de terapia donde se encontraban todos los miembros de la familia e intercambiar opiniones con el terapeuta en función e inclusive intervenir con alguna interpretación o asignarle una tarea a un miembro o a toda la familia. Para mí, entrenada en psicoanálisis, todo esto me resultó novedoso y fuera de la ortodoxia freudiana. Pero pude observar que para cierto tipo de familias (con miembros esquizofrénicos, alcohólicos, drogadictos, trastornos de la alimentación como bulimia y anorexia) este era el tratamiento de elección.

En esos momentos en el INNSZ nos instalaron en el departamento la cámara de Gesell con una amplia sala de terapia para dar cabida a una familia. Detrás del espejo hay un espacio amplio para los espectadores, se instalaron bocinas y aparatos de sonido. La terapia estuvo a cargo del Dr. Arturo Fernández Cerdeño, el Dr. José Luis Salinas y yo.

A nuestros pasantes se les hizo participar presentando resúmenes de la extensa bibliografía en las sesiones de estudio y se favoreció su presencia tras la cámara de Gesell como observadores durante las sesiones terapéuticas. A continuación, cuando la familia se había retirado, se comentaba la sesión en grupo.

## 5.6 PARTICIPACIÓN ASISTENCIAL

A lo largo de su estancia en el INNSZ la tarea principal de los pasantes ha sido la de asistir a los pacientes realizando estudios psicológicos con mira a un diagnóstico de personalidad, con todo lo que esto conlleva, como se expuso con antelación. Pero dada la gran diversidad de padecimientos que se tratan en el Instituto, la población a valorar no es homogénea, lo que representa un reto para el evaluador, pero que es resuelto en un ejercicio pedagógico útil.

Además de la evaluación, el pasante pasa a intervenir en las interconsultas tomando parte en las presentaciones de casos. Conforme va adquiriendo destrezas terapéuticas, se hace cargo de las terapias de relajación. Paulatinamente y de acuerdo a las capacidades que adquiera, puede emplear las diferentes técnicas terapéuticas que hemos descrito en el capítulo anterior.

La duración del servicio social en el INNSZ es de un año obligatorio, pero es frecuente que después del transcurso del año, algunos permanezcan voluntariamente. Los pasantes se reclutan cada 6 meses, por lo tanto tenemos dos niveles diferentes de capacitación. Esto permite a los más avanzados hacerse cargo de los recién reclutados, al menos en las tareas más sencillas y sujetas a la supervisión y aprobación del personal profesional del departamento.

Como ya hemos señalado en capítulos anteriores nuestra labor no se ha restringido a la atención de pacientes, sino que se nos ha pedido ayuda en la selección de los aspirantes a la Escuela de enfermería "María Elena Maza". En una época los Doctores

Lisker y Viniegra, del Departamento de Enseñanza nos encomendaron la tarea de la selección de médicos aspirantes a la Residencia. Con el Dr. Mariano García Viveros del Depto. de Enseñanza para la Salud elaboramos pruebas de actitudes frente a varios padecimientos y programas de información y divulgación.

La Escuela de Enfermería ha contado con nuestro apoyo para impartir varias asignaturas de su curriculum. Hemos impartido también seminarios para los médicos que hacen su inicio rotatorio en la Clínica del Dolor a petición del Dr. Ramón de Lille, en todas estas actividades han estado involucrados los pasantes psicólogos.

Con frecuencia acude a la consulta del Depto., personal médico o administrativo del INNSZ, al que naturalmente se atiende empleando consejo psicológico, terapia breve, terapia de relajación según la índole del problema, y a la que asisten los pasantes como observadores primero y luego se hacen responsables del seguimiento.

Al Departamento son referidos pacientes de todas las especialidades que son tratadas en el Instituto, de manera que los pasantes tienen oportunidad de familiarizarse con las características de muchas dolencias médicas y aprender no sólo el vocabulario correspondiente, sino también lo que significa el diagnóstico, cómo afecta al paciente y cuál es el probable pronóstico.

Si bien se presta atención a todo paciente que es referido, ha habido lapsos en los que hemos dado prioridad a un padecimiento en especial, ya sea porque éste se presenta en ese momento con mayor frecuencia, porque se han descubierto recientemente

novedades en el tratamiento o porque hay un grupo interesado en llevar a cabo una investigación que redunde en mayor conocimientos del tema. Hemos aprovechado la oportunidad de llevar a cabo investigaciones propias de nuestra disciplina y en colaboración con otros equipos de especialistas.

Uno de los primeros padecimientos que llamó nuestra atención fue la obesidad grado IV. Nos refirieron pacientes de 150 a 200 o más kg. Las pruebas psicológicas mostraban que no tenían una clara consciencia de su situación, su sobrepeso parecía no molestarlos, había una distorsión de su esquema corporal, (de igual manera que las anoréxicas no captan su delgadez). Con estos pacientes se habían intentado todo tipo de dietas, sin resultados. El sobrepeso era tal, que estaban en riesgo de tener complicaciones cardiovasculares, pulmonares (apnea), diabetes, músculo-esqueléticos. En esos años lo que se les ofrecía era una derivación yeyuno ileal, esto es, un acortamiento del intestino delgado para disminuir la absorción del alimento. Esto conlleva cierto riesgo, pues se requiere de una ingesta regular de minerales y otras sustancias que no se asimilan en el corto trayecto por el intestino delgado y tienen que restituirse. Actualmente esta intervención se ha substituido por la cirugía bariátrica. El personal del Departamento se encargó del seguimiento de estos pacientes por un periodo de casi 2 años. A los obesos grados III o II en la Clínica de Obesidad les administraban anorexígenos. Estos contienen anfetaminas, que pueden favorecer la adicción. Diseñamos un protocolo de investigación, del que ya informé en relación con la prueba de Colores de Max Lüscher. No sólo aprendimos mucho sobre el efecto de este fármaco, sobre las emociones y sus variaciones, sino

que logramos establecer ritmos de variabilidad de temperatura, tensión cardiaca, apreciación del tiempo, producción de cortisol<sup>103</sup>. Estos estudios se vieron reflejados en conferencias, publicaciones y tesis de nuestros pasantes, que se reportan en el anexo.

En 1980 asistí al XXII Congreso Internacional de la sociedad Internacional de las Ciencias Psicológicas en Leipzig, para presentar los resultados de nuestra investigación sobre los ritmos circadianos. Allí conocí al Dr. Franz Halberg, que ya tenía fama de trabajar con ritmos circadianos y que presentó en el Congreso el resultado de sus estudios con ratas. Quedó muy impresionado con nuestro trabajo con humanos y de regreso del Congreso nos comunicamos con él y él vino al INNSZ para conocer lo que hacíamos aquí. Tan impresionado quedó, que insistió en llevarse a uno de nuestros pasantes para planear investigaciones conjuntas. El entonces pasante, José María López Laudiribar, (actualmente es el Director de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac) partió a Minnesota para considerar la oferta del Dr. Halberg, pero después de una corta estancia, regresó con nosotros. El fruto de esta investigación también se reflejó en publicaciones, difusión en congresos y tesis profesionales.

En 1982 ingresó al hospital un paciente haitiano que regresaba de visitar a su familia de origen en, Africa. Su estado era crítico, se le pasó a cuidados intensivos. El personal médico se mostró renuente a tocarlo. Su cuerpo presentaba una extraña afección dermatológica que resultó ser un Sarcoma de Kaposi. No reaccionó favorablemente a ningún tratamiento habitual y murió. El

---

<sup>103</sup>Encontramos que hay una sincronía entre el cálculo que hace el paciente del transcurso de un minuto y el ritmo cardiaco.

diagnóstico resultó ser SIDA y fue el primer caso registrado en México. Después nos empezaron a llegar otros casos, tanto de portadores de VIH como ya de casos más avanzados, esto es, SIDA. La gran mayoría de pacientes eran homosexuales hombres, contagiados en las prácticas sexuales. Aquí no se presentaban contagios por compartir jeringas con droga. Tuvimos casos desafortunados de contagios por transfusiones quirúrgicas, porque todavía no había riguroso control en los bancos de sangre. Más tarde empezaron a llegar mujeres ignorantes de la bisexualidad de sus parejas, infectadas y en ocasiones aún embarazadas, que requerían de mucho apoyo terapéutico.

El Departamento de Psicología se encargó de hacer los estudios psicológicos, de informar al paciente acerca de su padecimiento y contener las emociones que surgieron al enfrentar el diagnóstico. En algunos casos los padres ignoraban la preferencia sexual del hijo. Enfrentar, sobre todo al padre, requería de valor y el rechazo de los padres era motivo de tristeza, a veces de rabia y distanciamiento. Finalmente había que acompañar al paciente en las últimas fases de su enfermedad ayudándolo a aceptar lo inevitable.

Conforme se debilita el sistema inmunológico se presenta deterioro de ciertas funciones, no siempre las mismas en todas las personas. Esto llevó a una de nuestras pasantes a realizar su tesis detectando las funciones intelectuales de los enfermos de SIDA por medio del WAIS.

El Dr. Gregorio Pérez Palacio nos involucró en muchas de las áreas de tratamiento e investigación que se llevaban a cabo en el Departamento de Psicología de la Reproducción. Había muchas

parejas que acudían por infertilidad. Tradicionalmente en la sociedad patriarcal se le atribuye la infertilidad ipso facto a la mujer. Encontramos que es más frecuente la infertilidad masculina que la femenina. En la mayoría de los casos de infertilidad femenina una vez detectado el problema se procede a ofrecer un tratamiento hormonal. En algunos casos, se recurre a la cirugía en las mujeres para ampliar las Trompas de Falopio y facilitar la fecundación, procedimientos que correspondían a los médicos. A nosotros nos correspondía hacer un diagnóstico de personalidad, explorar qué tan genuino era el deseo de procrear u obedecía a la presión de las familias de origen. Muchas veces, ante la infertilidad masculina, la mujer asumía “la culpa” ante la familia del esposo. Si se confirma la imposibilidad de la mujer para procrear, no se puede ofrecer ninguna otra ayuda. Si es el hombre el que no puede fecundarla, queda la posibilidad de una “fertilización asistida” con espermatozoides de donador. Siendo esta maniobra costosa y difícil, se tomó la decisión de que para incluir a la pareja en el protocolo, la estabilidad de la pareja y la ausencia de patología severa debía estar a prueba de duda. Se sometió a los solicitantes a una terapia de pareja, que se prolongó por un periodo largo para lograr la maduración y consolidación de su relación. El seguimiento de las parejas avaló la bondad del tratamiento.

Colaboramos con mujeres con Síndrome de amenorrea galactorrea, que eran tratadas con un medicamento pero que no siempre resultaba efectivo. Este padecimiento se presenta debido a una producción exagerada de prolactina, que produce la galactorrea, pero como en la mujer lactante, inhibe la producción de estrógenos, que impiden la maduración de óvulos por lo que se

presenta la amenorrea. Detectamos que en el padecimiento subyacía una relación con una madre destructiva, incapacitante, dominante, que competía con la hija. La interpretación psicoanalítica podría ser , que la madre le concedía a la hija el rol de madre (lactante) pero le negaba el derecho a ser mujer en la relación con su pareja, (encontramos a varias madres, que le coqueteaban al yerno) en estos casos empleamos la psicoterapia psicoanalíticamente orientada y por un tiempo prolongado. Las pacientes lograron establecer una mejor relación con su pareja y frenar la intromisión de la madre. En algunos casos se logró la remoción del síntoma sin medicamento.

Se estudiaron diferencias individuales en la sintomatología que presentan las mujeres en el climaterio y la menopausia. Se observó que las reacciones de bochornos, cefaleas, sensación de cansancio, dolor de las articulaciones, depresión e irritabilidad no se presentan todas ni con la misma intensidad en todas las mujeres. Se pudo apreciar que la influencia ambiental y cultural y rasgos de personalidad previos (histeria, hipocondría, dependencia) tienen un gran peso en la presentación de los síntomas. Un dato curioso es que en la lengua maya no existe una palabra que defina el “bochorno”, luego las yucatecas no presentan este síntoma en la menopausia.

Se estudiaron varias estrategias de control de la natalidad en la mujer y se elaboraron folletos, se impartieron sesiones de información y divulgación. Se hizo una campaña informativa con objeto de sensibilizar a los hombres (que ya tienen a los hijos que quieren tener) para aceptar la vasectomía como método definitivo de control de la fertilidad. Esta intervención es fácil de realizar en un

consultorio, no requiere de anestesia general ni hospitalización a diferencia de la salpingoclasia en la mujer que ya requiere de una intervención quirúrgica mayor. Debemos admitir que encontramos mayor aceptación en las mujeres para asumir la responsabilidad y recurrir a diferentes técnicas de control y bastante rechazo en los hombres, pese a que se les aseguraba que la vasectomía no afecta la virilidad.

En la Unidad Metabólica se estudian lo que se conoce como aberraciones genéticas o cromosómicas. Las células humanas se componen de 23 pares de cromosomas más un par que en las mujeres es XX y en los hombres XY. En el momento de la fecundación el óvulo puede tomar una X de la madre y la X del padre dando como resultado una niña o toma una X de la madre y la Y del padre de lo que resulta un niño y así se define el sexo genético y esto es lo normal. Sin embargo hay unos casos raros en los que en el momento de la fecundación algo pasa que altera la combinación y pueden aparecer combinaciones extrañas y trisomías como XXX, XXY, Xf (el cromosoma Y está incompleto). Estas personas no se pueden reproducir (los cromosomas no se aparean) pero además presentan ciertas características que los aparta de la norma. Se les han adjudicado diagnósticos como síndrome de Turner (con apariencia femenina, pequeñas y con déficit intelectual), síndrome de Klinefelter (con apariencia casi masculina), la súper mujer (XXX), el síndrome de Down, etc.

Participamos con el Departamento de Genética, dirigido por el Dr. Muchinik en una investigación conjunta con una Institución de Estados Unidos. En el Síndrome de Down (con trisomía en el cromosoma 23) se encuentra no sólo una, sino varios tipos

diferentes de alteraciones que afectan a los niños en diferentes formas. El propósito de la investigación era formar varios grupos de niños cada uno diagnosticado genéticamente homogéneo pero grupos heterogéneos entre sí para comparar su funcionamiento intelectual. Para esto tuvimos que preparar a nuestros pasantes para aplicar tests psicológicos adecuados a nuestros sujetos de experimentación, lo que nos llevó más de seis meses de adiestramiento. Luego tuvieron los pasantes que trasladarse y asistir a las escuelas de síndrome de Down, para la aplicación. Posteriormente se dedicaron a la calificación y evaluación de las pruebas. Al Depto. De Psicología le valió una co-autoría en la publicación.

Se nos pidió nuestra colaboración para llevar a cabo los estudios psicológicos con énfasis en la definición de las características psicosexuales. El interés se centró en la exploración del peso que tiene en este caso el factor genético, somático y hormonal y la influencia de la educación y el medio familiar y social.

Al Depto. de la Reproducción Humana llegaban referidos de otras clínicas o médicos del D.F y de los estados, personas que presentaban anomalías de los órganos sexuales, que no estaban por esa época todavía tipificadas, por lo que no eran tratados adecuadamente. Al Dr. Gregorio Pérez Palacio le corresponde el mérito de haber tipificado y troquelado a nivel internacional varios de éstos síndromes. Uno de ellos es la “Deficiencia de la enzima 5alfa esteroide reductasa”. Esta enzima se produce sólo en los hombres desde la tercera o cuarta semana del desarrollo intrauterino del feto y su función consiste en fijar la testosterona, que el feto masculino empieza a generar para la formación de sus

órganos masculinos. La niña recibe de la madre las hormonas que necesita para desarrollar los conductos Müllerianos, el niño tiene que producir y fijar la testosterona para contrarrestar las hormonas maternas y desarrollar los conductos Wolfianos, para que se desarrollen y desciendan los testículos y se cierre el escroto. En ausencia de la 5alfa reductasa, la testosterona no se fija, se elimina y el proceso de sexualización y diferenciación no se termina. Al nacer el niño es frecuentemente tomado como una “niña rara” y educado como tal, sobre todo si se nace en un ambiente rural con asistencia de una “rinconera”. Ahora ya nacen en un hospital y aún así, nos han llegado castrados.

El problema que se presenta es que, si no han sido castrados, tienen todavía la opción de decidir en qué sentido quieren que se les ayude con las técnicas ahora disponibles: hacia la feminidad o masculinidad. Por supuesto que no pueden ser madres (no tienen útero, ovarios, vagina), pero pueden tener una apariencia femenina si se les administran hormonas femeninas y se extirpan los testículos. La terapia hormonal con testosterona y 5alfa reductasa en el hombre puede reforzar una apariencia masculina, se pueden descender los testículos quirúrgicamente, etc. (al dejarlos en la cavidad abdominal se corre el riesgo de generar un seminoma CA), pueden tener satisfacción sexual e hipotéticamente podrían hasta fecundar.

Nuestra participación en estos casos consiste en hacer un diagnóstico psicológico dirigido a la definición psicosexual. Por lo general los pacientes saben que son “raros”. En ocasiones el padre ignora la condición y la madre aconsejada por la “rinconera”, ha mantenido el secreto escrupulosamente hasta que se presenta la

adolescencia. Entonces no aparecerán las características sexuales secundarias y se presenta una ligera virilización. Es cuando acuden a tratamiento. Su identidad psicosexual es ambigua. Deben ser informados de su situación y de las alternativas de tratamiento que se les pueden ofrecer. En este proceso hemos trabajado a veces a lo largo de dos a tres años en psicoterapia para aclarar la inclinación sexual y para que el paciente tome la decisión más adecuada.

En la terapia nos hemos guiado por los trabajos del Dr. G. Pérez Palacios, de Money y de Giuliana Imperato et al, pionera en este síndrome. Nuestros trabajos conjuntos se han presentado en congresos, conferencias y publicaciones.

El INNSZ es uno de los primeros hospitales de México en el que se llevaron a cabo trasplantes de órganos. El Depto. de Medicina Psicológica ha participado con el equipo de los trasplantes de riñón de donador vivo. No sólo es importante lograr un buen match biológico, sino también hay que explorar la motivación del donador, que frecuentemente es un familiar con el que se va a seguir conviviendo. Se llevan a cabo estudios psicológicos tanto del donador como del receptor y se explora si la motivación del donador es autentica o si accede por la presión de la familia. Posteriormente se hace un seguimiento de la recuperación del paciente.

En colaboración con Reumatología hemos trabajado con pacientes que presentan Lupus Eritematoso Sistémico, un padecimiento autoinmune. Se presenta casi siempre en mujeres. Por oleadas: se activa y entra en receso para volver a activarse. Lesiona la piel, articulaciones, riñones, bazo, es crónica y progresa lenta pero fatalmente. El sistema inmunológico reacciona contra su propio

organismo por lo que el tratamiento consiste básicamente en mantener a la paciente inmunodeprimida, lo que conlleva el riesgo de una infección, que no pueda combatirse. Estas pacientes son muy sensibles a las emociones, reaccionan positivamente a un trato cálido y empático de parte de la terapeuta, que viene a substituir en parte a una madre distante o agresiva.

De reumatología también y de la clínica del dolor nos refieren pacientes con artrosis, artritis, trastornos articulares, reuma y fibromialgia que tratamos con terapia de relajación y de sugestión en estados pre hipnóticos. Los fisioterapeutas se encargan de emplear medios físicos y ejercicios especiales.

Dos trastornos de la alimentación muy importantes por su pronóstico grave han sido la Anorexia Nervosa y la Bulimia. Al hospital llegaban adolescentes con un peso menor de los 35-40 Kg. Nos ha correspondido realizar el estudio psicológico e intervenir en la terapia. Dada la gravedad de las condiciones en que ingresaban se decidió emplear la terapia familiar sistémica e involucrar a toda la familia en el tratamiento. Participaron psicoanalistas de la APM, y el principal fue el Dr. José Armando Barriquete.

La gran mayoría de los pacientes referidos tienen trastornos psicosomáticos, además de la dolencia que los trajo al INNSZ. La conceptualización de la medicina somática viene desde la prehistoria y la historia propiamente con Hipócrates y Galeno. El término en sí es relativamente moderno, aunque se menciona por 1850, su uso más amplio viene de los años 1960 en adelante. Los pacientes presentan dolencias múltiples, difusas, que no se confirman con los métodos específicos del médico, lo que hace un diagnóstico impreciso y un tratamiento difícil. Característico de este

padecimiento es un estado de stress, fenómeno observado por Heinrich Selye<sup>104</sup>. Los síntomas son perceptibles para el médico pero difíciles de expresar para el paciente. Los psicólogos del desarrollo (Freud, Piaget) atribuyen este fenómeno a una detención en la adquisición de la capacidad de la comunicación, que recorre tres fases:

1. Fase del lenguaje gestual
2. Fase del lenguaje corporal e inicio del lenguaje verbal
3. Fase del lenguaje verbal desarrollado

En los trastornos psicósomáticos el paciente se quedo “fijado” diría Freud, en la 2ª fase, carece de un lenguaje verbal desarrollado, se expresa a través de su cuerpo, a lo que se llama alexitimia.

Thüre Von Uexküll<sup>105</sup>, pionero en este padecimiento dice, que los médicos por lo general son profesionistas que ejercen la ciencia, su lenguaje es abstracto, han olvidado el lenguaje primitivo y son analfabetas alexitímicos, lo que impide la lectura de la sintomatología y la comunicación con este tipo de pacientes.

El psicólogo ha sido entrenado para indagar la historia evolutiva del paciente desde que, como bebé, empieza a conceptualizar el mundo y cómo, conforme va madurando, va poniendo en palabras las imágenes, sentimientos, emociones, malestares y acciones. Las madres buenas, las que establecen un fuerte vínculo afectivo con su bebé, aprenden pronto a intuir el motivo del llanto del bebé, a distinguir el malestar que provoca el llanto y acudir a remediarlo.

---

<sup>104</sup> SELYE, Hans, 1956. The Stress of Life. Nueva York: McGraw-Hill.

<sup>105</sup> Thure von Uexküll: von der Psychosomatik zur integrierten Medizin.

Estos pacientes comparten con el bebé varias características: son infantiles, dependientes, demandantes, susceptibles, pretenden establecer una relación simbiótica con el terapeuta del que esperan que mágicamente los mejore, no que los alivie, porque entonces producen otros síntomas para continuar siendo atendidos. La versatilidad de los síntomas es enorme, pueden afectar a todos los órganos. Lo paradójico de este comportamiento es que el paciente generalmente no desarrolla esta conducta para molestar o manipular a la familia o al médico propositivamente, es inconsciente de estas maniobras y está convencido de que su padecimiento es físico. Lo que no entiende es que la etiología es psicológica y está en los problemas emocionales y las malas relaciones interpersonales que establece, que lo abruman y no resuelve. Incapaz de comprender el origen de su malestar, la tensión e incomodidad busca formas de manifestarse a través de su cuerpo.

#### **VÍAS DE DESPLAZAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS**

- Sistema respiratorio: asma, hiperventilación.
- Sistema cardiaco: hiper o hipotensión cardiovascular.
- Sistema gastrointestinal: úlceras duodenales y estomacales, colitis ulcerosa, gastritis, sensación de vacío.
- Sistema endócrino: adrenalina, noradrenalina, TRH, prolactina.
- Trastornos articulares: artritis, reumas, artrosis.
- Dolor: fibromialgia, migrañas, cefaleas.
- Histeria: ataques histéricos, síndrome conversivo, anopsia, pseudosíntesis.
- Hipocondría: simulación.

- Parestesias: Hiperestresias, anestresias, hipersensibilización del cuerpo.
- Problemas ginecológicos: dismenorrea, amenorrea, aborto espontáneo.
- Impotencia, eyaculación precoz.
- Reacción depresiva, llanto fácil, abulia.
- Vómitos.
- Aspectos psicosomáticos de a diabetes.
- Dermatitis, alergias, alopecia.

La comprensión de los trastornos psicosomáticos se nos hizo más clara porque en el año 1985 y 1992, y gozando de dos periodos sabáticos, llevé a cabo estancias en el Institut Für Seelische Gesundheit en el Departamento de Medicina Psicosomática de Mannheim, Alemania. El Director, Heinz Schepank, había estado en México y nos visito en el Departamento de Medicina Psicológica del INNS. Me hizo una invitación para trabajar como psicoterapeuta en Mannheim, ya que gracias a mi dominio del alemán no tendría problemas en el trato con los pacientes. En los dos periodos sabáticos en los que me desempeñé en el Instituto me brindaron la oportunidad de colaborar en la cátedra de Medicina Psicosomática de la Universidad de Heidelberg como profesor invitado. Asistí a las sesiones de la DPV, el grupo de psicoanalistas alemanes con sede en Heidelberg, donde se revisaban casos de anorexia, bulimia, depresión y tendencias suicidas. A mi regreso aplicamos esta experiencia en el manejo de nuestros pacientes y el resultado de esta intervención se vio reflejado en varias tesis que se elaboraron en el Departamento de Medicina Psicológica.

## Conclusiones

El trabajo aquí expuesto es el fruto de más de 30 años de una actividad encaminada a crear y establecer un programa de entrenamiento teórico-práctico, una especie de residencia, para psicólogos interesados en desempeñarse en el campo de la salud mental en instituciones.

El primer paso consistió en diseñar el marco teórico, considerar los conocimientos teóricos de la psicología que habría que reforzar e incluir, información que va más allá del campo estricto de la psicología, en nuestro caso la medicina (en otros podría ser la criminología, forense, educativa). El programa pretendió tener una estructura básica con posibilidades de ampliarse a instituciones diferentes en las que se aplica la psicología, con la cual es posible extender el campo profesional del psicólogo.

El diseño estaba dirigido a pasantes de psicología o estudiantes de los últimos semestres. Se tomaron en cuenta preferentemente estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM pero se admitieron también pasantes de otras universidades, la Universidad Anáhuac primeramente, la Universidad del Valle de México, la Panamericana, la Universidad Inter-Continental, etc.

Aquí debo agradecer cumplidamente al Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán” que nos haya acogido en sus instalaciones y nos haya apoyado en nuestros quehaceres. Esto se logró gracias a la iniciativa del Dr. Arturo Fernández Cerdeño, quien habiendo hecho una residencia en el INN juzgó necesario crear un Departamento de Medicina Psicológica, al que me incorporó.

El programa se desarrollaría a lo largo de un año, requisito del INN para que los pasantes sean admitidos para cumplir con su servicio social. En la práctica muchos de ellos permanecieron por más tiempo, hasta cuatro años y pasaron de ser principiantes a colaborar como supervisores, sin remuneración económica pero con el entusiasmo, la entrega y la responsabilidad de la labor de su elección.

Al ingreso los estudiantes, después de familiarizarse con la Institución, son sometidos a algo que yo llamo observación activa. La mística del INN es que el paciente es sagrado, merece todo el respeto y no debe ser dañado. La inexperiencia de los pasantes podría involuntariamente molestar al paciente, así que se les pidió que se abstuvieron de actuar, pero que registraran atentamente la intervención del supervisor. Debían reportar lo observado y conforme adquirían esta habilidad podrían intervenir activamente. Esta disciplina se aplicaba a lo largo del entrenamiento con todas las actividades que desarrollarían a lo largo de su estancia. La supervisión permitió evitar y corregir errores y siempre tendría el pasante, la presencia del supervisor para esclarecer sus dudas o inquietudes.

El primer objetivo del programa fue la elaboración de un estudio psicológico, lo cual incluía la observación, la entrevista, la aplicación e interpretación de tests psicológicos y la elaboración de un reporte. Se revisaron las técnicas de entrevista de los autores más connotados. Lo mismo se hizo en relación con los tests psicométricos y proyectivos. Aquí yo he transmitido mi experiencia personal y sugerido formas de valoración e interpretación que facilitaron, ampliaron o profundizaron la información que brindaba la

prueba. Algunos de estos pasantes, que se han dedicado a la docencia, han transmitido mi metodología a sus alumnos con buen éxito.

Otra tarea fue la intervención terapéutica. Conscientes de que toda enfermedad se acompaña de un componente emocional y psicológico y de que por otra parte estados de stress extremo, problemas emocionales y caracterológicas encuentran su descarga por vía somática, muchos pacientes nos han sido referidos por los médicos para su tratamiento psicoterapéutico.

La mayoría de estos pacientes, después de valorarlos, requirieron de un abordaje especial de terapia, lo que Wolberg denomina terapia de apoyo y/o terapia reeducativa. Por lo tanto, adiestramos a los pasantes previo estudio de las hipótesis que sustentaban las diferentes modalidades de psicoterapia.

La gran variedad de padecimientos médicos que son tratados en el INN le permitió a los pasantes tomar parte en el diagnóstico y tratamiento psicológico. El INN da acceso y oportunidades para adquirir un abanico riquísimo de conocimientos, que difícilmente puede brindarle otra institución.

Consecuentemente, al asomarse al campo de la medicina y su estrecho vínculo con la psicología, despertó en los pasantes la curiosidad de saber más y el interés por algún tema en especial, lo que los llevó a investigar y elaborar su tesis. En el anexo se enlistan algunas tesis que salieron del Departamento bajo la dirección mía y de otros miembros del equipo profesional.

Siempre se intentó motivar a los pasantes a incrementar sus conocimientos. Se favoreció su asistencia a conferencias, simposia, congresos dentro y fuera de la Institución. Se les animó a participar activamente en estos eventos presentando conferencias o formando parte de mesas de divulgación. También se involucraron en las investigaciones de otros departamentos como: Cancerología, Obesidad, la Unidad Metabólica, Artritis, Lupus Eritematoso, Anorexia y Bulimia, Cardiología, etc.

No creo exagerar si afirmo que todos ellos se desempeñan actualmente con éxito en sus actividades profesionales. También creo que gracias a su formación se han ganado una buena acogida en donde trabajan, son valorados, estimados y respetados y a su vez han transmitido a otros lo que aquí aprendieron. Cada vez se abre más el campo de trabajo al psicólogo, pues cuando yo empecé a trabajar era sumamente restringido.

Por otra parte estoy segura de que el programa de entrenamiento que diseñamos y aplicamos en este Instituto ha demostrado a lo largo de tantos años su bondad y su aplicabilidad. Por lo tanto creo que sería recomendable replicarlo en otras instituciones haciéndole los ajustes convenientes de acuerdo a la especificación de la institución.

Para mí en lo particular ha representado la satisfacción que se deriva de la realización de un reto ambicioso y una meta alcanzada. Profesionalmente ha llenado muchos años de mi vida dedicados a una actividad docente y asistencial que me apasiona. He adquirido muchos conocimientos no sólo intelectuales sino sobre todo del ser humano en todas sus manifestaciones, de dolor, pena, sufrimiento

con mis pacientes, de entusiasmo, alegría, lucha por superarse de parte de los jóvenes en formación. A los pacientes he querido darles mi comprensión, mi plena atención, el apoyo que requieren en la solución de sus problemas, a veces la información para enfrentar sus dolencias, finalmente llevarlos al convencimiento de que acepten lo inevitable y la compañía empática en su final.

A mis estudiantes he querido transmitirles los conocimientos de los libros y fuera de los libros es que me han dejado tantos años de ejercicio profesional. He tratado de contribuir con el ejemplo a su formación académica mostrándoles una actitud responsable, respetuosa, honesta, interesada en las personas que se atienden. Más que eso me he preocupado por el desarrollo personal, de los pasantes por su maduración como seres humanos conscientes de sí mismos y en relación con los demás.

Yo en lo personal he sufrido una transformación a la que han contribuido los cientos de personas con las que he establecido una relación profesional y siempre personal. Puedo ahora decir, que “nada humano me es desconocido”. Con los años he ampliado la consciencia de mi misma y de la realidad que me circunda. He tenido oportunidad de dar y recibir con creces. Puedo decir que estoy satisfecha de la labor cumplida.

Ahora me veo obligada a hacer una valoración más objetiva del programa. ¿Para qué les sirvió esta capacitación a los pasantes? Al cabo de su estancia todos fueron capaces de:

1. Llevar a cabo una entrevista amplia, profunda y verter los datos en una historia clínica.

2. Adquirieron información extensa de las pruebas más prestigiadas, se capacitaron en la correcta y cuidadosa aplicación práctica de las mismas, para establecer un diagnóstico clínico de personalidad.
3. Previo entrenamiento emplearon técnicas terapéuticas a nivel de terapia de apoyo y reeducativa.
4. Participaron en actividades de investigación y divulgación.

En todas estas tareas cumplieron con el lema del INNSZ

### “HACIA LA EXCELENCIA”

Creo que gran parte del éxito de la capacitación se debió a que se les impartió una vasta información y estuvieron siempre bajo supervisión y retroalimentación.

La forma en la que ellos evaluaron su entrenamiento está vertida en los testimonios anexos. Allí expresan no sólo su desarrollo profesional sino también su maduración y crecimiento personal.

Prueba de su calidad académica y humana se refleja en el curso que ha tomado su desempeño en el campo laboral. Después de su estancia en el INNZ han encontrado una acogida abierta en instituciones de salud, universidades, clínicas y en la práctica privada, donde ocupan puestos destacados y han contribuido a que la profesión del psicólogo sea reconocida y valorada.

A mí no me queda duda de la bondad del programa, por lo que creo que en todas las instituciones de salud su implementación sería no sólo útil sino indispensable. Las así llamadas “Escuelas de Rehabilitación” y los centros juveniles deberían también contar con

un departamento de psicología, cuya misión sería rescatar a algunos niños y jóvenes del medio delincuencia. Las instituciones educativas también podrían beneficiarse de un departamento de psicología, que detecte deficiencias de los educandos y los canalice oportunamente a su capacitación, oriente vocacionalmente, detecte, trate y canalice niños con problemas emocionales, aconseje a los maestros en el trato de niños y jóvenes desadaptados.

Un inconveniente que tuvimos y que podría mejorarse en otro ambiente es que por contar con un espacio reducido sólo podíamos recibir a dos, tres pasantes por año. El peso del entrenamiento recayó en mí con poca, más bien esporádica participación de psiquiatras y neurólogos. Todavía en la actualidad, después de más de treinta años, el personal oficial consta de dos psicólogas y una adjunta. De replicarse el programa considero que sería conveniente dotarlo de mayor espacio y un número mayor de docentes.

Creo que la mejor evaluación del programa la han hecho los psicólogos participantes, los testimonios anexos superan con mucho lo que yo no me habría atrevido a decir.

## ANEXOS

**Anexo A.**  
**Producción científica, publicaciones y**  
**testimonios**  
(1972- a la fecha)

**A.1 TESIS DE LICENCIATURA DIRIGIDAS Y SUPERVISADAS EN EL INNSZ**

1. Annemarie Brüggmann

“La Prueba de Lüscher en la detección de cambios en el Estado de Ánimo”.

Director: Dr. Julian Mac Gregor UNAM 1977.

2. Natalia Schabes Tauber.

“Modificaciones de Ritmos Biológicos, Psicológicos y Emocionales con Anfetamina y Hormona Liberadora de Tirotropina (TRH)”.

Directora: Annemarie Brüggmann UNAM 1978.

3. Mauricio Tohen Bienvenu

“Depresión y Ritmo Circadiano”

Director: Dr. Fernández y Annemarie Brüggmann UNAM 1979

4. Laura Graciela Gonzales Flores.

“Algunos Aspectos Intelectuales y Emocionales del Niño con Insuficiencia Renal Crónica”.

Directora: Annemarie Brüggmann UNAM 1979

5. Noemí Tavira.

“Análisis de funciones Cognosíticas de Pacientes hipotiroideos”.

Directora: Annemarie Brüggmann UNAM 1979

6. Martha Alicia Lira Fernández.

“Ritmos Circadianos en la Depresión a través de la Prueba de Lüscher”.

Directora: Annemarie Brüggmann UNAM 1980

7. Marcos Francisco Javier Novoa Ramos.

“Modificación de Ritmos Biológicos y Psicológicos en un paciente Maniaco - Depresivo”.

Directora: Annemarie Brüggmann Universidad Anáhuac 1980

8. Dina Marión de la Peña Altuer.

“Factores de Personalidad en Pacientes con Artritis Reumatoide”.

Directora: Annemarie Brüggmann Universidad Anáhuac 1984

9. Liliana Velasco Díaz.

“Culpa y Autodestrucción en un Grupo de Alcohólicos”

Supervisora: Annemarie Brüggmann Universidad Anáhuac 1984.

10. María de los Dolores Montilla Bravo.

“Modificación de Ritmos Emocionales en Pacientes Deprimidos a partir de la Aplicación de la Hormona Liberadora de Tirotropina (TRH) a diferentes Frecuencias”

Director: Fernández Cerdeño Arturo

Supervisora: Annemarie Brüggmann Universidad Anáhuac 1985

11. José María López Landiribar.  
“Factores de Personalidad y Cognoscitivos Asociados a la Dependencia–Independencia del Campo Visual”.  
Supervisor: Annemarie Brüggmann Universidad Anáhuac 1985
  
12. Gabriela Beatriz Torres Pizarro.  
“Adaptación de la Escala IT de Daniel G. Brocon para medir preferencias por el Rol Sexual”.  
Director: Annemarie Brüggmann. Universidad Anáhuac 1988.
  
13. Marcela Edith Vilana Narezo. “Estudio Descriptivo de las funciones Cognoscitivas y de algunos rasgos de Personalidad de un Grupo de Pacientes con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)”  
Director: J.M. López Landiribar.  
Supervisor: Annemarie Brüggmann Universidad Anáhuac 1989
  
14. Ma. Eugenia Leticia Flores Cabrera.  
“Características generales de las Madres con hijos que padecen Anorexia-Nervosa”  
Directora: Annemarie Brüggmann Universidad Anahuac 1991
  
15. Adriana Viladoms Portugal.  
“Aspectos contratransferenciales ante el Paciente que va a morir”  
Directora: Annemarie Brüggmann. Universidad Anáhuac 1995

16. Margarita Eugenia Gutierrez Quiroz.  
“Propuesta de un Programa para informar y sensibilizar al Personal Médico y de Enfermería para ayudar a Pacientes Moribundos en la Elaboración del Duelo”.  
Directora: Annemarie Brüggmann UNAM 1996
  
17. Ana Lilia Reyes Pacheco.  
“Actitudes y Reacciones emocionales en el Personal de salud ante el Paciente infectado por el VIH”.  
Director: Celso Serra, Supervisor: Annemarie Brüggmann UNAM 1998
  
18. Laura Elena A. Ferrón Martínez.  
“Estados Emocionales en Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico”.  
Directora: Annemarie Brüggmann UNAM 1999
  
19. Dolores Ávila Hernández.  
“Emociones, inmunidad y enfermedad: Breve Reseña sobre la Psiconeuroinmunología”.  
Directora: Annemarie Brüggmann UNAM 1999
  
20. Carolina Correa Sánchez  
“Importancia del Estado Emocional en la Convalecencia de los Pacientes con Cirugía Gastrointestinal”.  
Directora: Annemarie Brüggmann UNAM 2001

21. María Fernanda López Montes.  
“Diabetes Mellitus tipo I: Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en niños y Adolescentes”.  
Directora: Guadalupe Santaella.  
Supervisora: Annemarie Brüggmann UNAM 2001
  
22. Laura Ramírez Grajales.  
“Anorexia Nervosa: una Revisión Bibliográfica”  
Directora: Annemarie Brüggmann UNAM 2005
  
23. María Nancy Jiménez López  
“Motivos del Tabaquismo y Emociones de Adolescentes fumadores y no fumadores, exploradas con la Prueba de Lüscher”.  
Directora: Blanca Elena Mancilla, Supervisora: Annemarie Brüggmann UNAM 2006
  
24. Jakelinne Dávalos Luna  
“Obesidad Mórbida: Definición, Etiología y Perfil Psicológico a través del MMPI-2”  
Directora: Annemarie Brüggmann UNAM 2006
  
25. Sofía Sánchez Román  
“Estados Emocionales que Influyen en la Actividad Lúpica”  
Supervisora: Annemarie Brüggmann Universidad Anáhuac
  
26. “Deterioro Intelectual en Pacientes con SIDA detectado con la Prueba de Wechsler WAIS”  
Directora: Annemarie Brüggmann Universidad Anáhuac

27. Silvia Espino Rincón, Mayte Delfín, Julia Casamadrid  
“Diagnóstico de Déficit Intelectual en Pacientes con Trastornos  
Médicos”

Directora: Annemarie Brüggmann. UNAM

## A.2 PUBLICACIONES

- Fluctuación Emocional Con Dextroanfetamina “Uso de la Prueba de Lüscher y Su Correlación Neuroendocrina”.  
Fernández A., Brüggmann A., Valverde C., Pastrana L.S., Maisterrena J. A.  
Resumen 10° aniversario del Instituto Nacional de Neurología 1974.
- “Modificación de Ritmos Emocionales con Anorexígenos”.  
Fernández A., Brüggmann A.  
Cuaderno científico C.E.M.E.F Vol. 6 pags. 223-259 1976.
- “Alerta y sueño bajo el efecto de Alucinógenos”  
Fernández A., Brüggmann A.  
Revista del Instituto Nacional de Neurología Vol. 7 pp 6-12  
1976
- “Parametrische Auswertung Emotioneller Rhythmen Anhand des Lüscher Tests”  
Brüggmann A., Fernández A.  
Zeitschrift Für Klinische Psychologie Vol.3 1977.
- “La Prueba de Lüscher en la Detección de Cambios en el Estado de Ánimo” Tesis profesional UNAM 1977  
Brüggmann A.
- “Desarrollo de un Método de Valoración Paramétrico y un Sistema de Graficación de la Prueba de Colores de Lüscher”.

Brügmann A.

Revista del departamento de Educación para la Salud del  
INNSZ 1978.

- “Ritmos Emocionales en Psiquiatría”.  
Fernández A., Brügmann A.  
Instituto de Investigaciones Biomédicas.
- “Factores que Intervienen en la Determinación de la Identidad  
Psicosexual. Estudio de un Caso de Pseudohermafroditismo  
Masculino por Deficiencia de la Enzima 5 $\alpha$   
Esteroidereductasa”  
Brügmann A., Pérez Palacios G., Delfín M., Méndez J.P.,  
Ulloa Aguirre A.  
Depto. De Medicina Psicológica y Biología de la  
Reproducción, Revista del INNSZ México 1990.
- “Diferencia de rendimiento intelectual en cohortes de sujetos  
con síndrome de Down con trisomía diferente”.  
Mushinik, Brügmann A., Sánchez Sofía, et al.

## A.3 TESTIMONIALES

### TESTIMONIO 1:

#### **El periodo de mi estancia en el INNZ**

María Guadalupe Domínguez Albiter

El primer reto fue cuando decidí hacer mis prácticas en un lugar donde yo pudiera aprender y crecer, no sabía exactamente en donde, sólo sabía que tenía que ser un buen lugar, y ser del área clínica, pues no me imaginaba en otra área.

El segundo reto fue ir en busca de mis prácticas al Distrito Federal, una ciudad, que aparte de darme dolor de cabeza me producía mucho placer, conocer sus museos, plazas, y lugares turísticos, su cultura y su gente.

La experiencia del metro y de salir hora y media aproximadamente para llegar casi a cualquier lugar.

Sabía que el Instituto era un sitio de alto prestigio, y renombre, así que decidí probar suerte, al inicio me costó mucho trabajo poder contactar a la persona que me pudiera dar información.

Solo sabía que su nombre era la Dra. Annemarie Brüggmann, incluso me era difícil pronunciarlo, pero desde que escuché su nombre pensé que era alguien especial y tenía muchas ganas de verla y poder hablarle de mis inquietudes de poder realizar mis prácticas en el Instituto.

Solo puedo resumir diciendo que mi objetivo fue logrado, desde que inicié mis practicas, no he hecho otra cosa mas que aprender día a día, con las sesiones de distintos temas clínicos, donde se habla de

teoría pero se analiza de acuerdo a la realidad, a través de casos clínicos.

El ser co-terapeuta, me abrió las puertas a la experiencia de la terapia, de los problemas que enfrentan los pacientes, de que forma los presentan y como ir avanzando en el proceso.

El estar siempre atento de todo lo que habla y expresa el paciente, de su lenguaje corporal, de sus silencios, cuando hablan y hablan sin sentido alguno, aparentemente.

Hay todo tipo de personas, con diferentes problemas y conflictos, existen personas, que de verdad intentan cambiar, otras que lo aparentan y otras tantas que no tienen la mínima intención de cambiar y siguen llegando con la misma problemática de hace tiempo o simplemente abandonan el tratamiento.

También es claro como hay pacientes que mientras más débiles psicológicamente se sienten más apegados están al proceso terapéutico y cuando se van sintiendo mejor, ellos mismos alargan las sesiones con el terapeuta.

Aprendí también una distinta forma de interpretar las pruebas proyectivas, de una manera más real y me queda claro que este tipo de pruebas realmente son espejo de la vida o personalidad del sujeto examinado. Aprendí el gran valor de una prueba como es el caso de prueba Rorschach o TAT, entre otras.

Tuve la grandiosa oportunidad de tomar clases en la UNAM con una excelente profesora, y con mucha paciencia para enseñarnos paso a paso y conjuntamente con la teoría que necesitábamos para lograr aprender de manera correcta las pruebas.

Aprendí mucho de psicoanálisis, de autores importantes, de cultura, historia. De temas como, interpretación de sueños, un tema complejo pero verdaderamente interesante y útil en el tratamiento psicológico.

La prueba del MMPI-2 que es descrita por muchos como difícil, aquí en el Instituto y gracias a la Dra. se interpretarla e integrarla con otras pruebas como son las proyectivas.

Me di cuenta que la mejor herramienta del psicólogo además de la observación, la escucha y el análisis, es el constante aprendizaje, de todo tipo de tema, de Psiquiatría, de Medicina, de cultura y sociedad. Las sesiones a las que tuve oportunidad de acceder con endocrinólogos, psiquiatras, así como las sesiones de metodología y estadística, me fueron de gran utilidad y pude obtener mayores conocimientos. También aprendí sobre el valor de la investigación, pues es la puerta al conocimiento de las ciencias.

Dentro de todo lo teórico y práctico, también tuve la experiencia de ser parte de un ambiente laboral, donde el objetivo era la constante enseñanza y entrenamiento. Y agradezco mucho el hacerme parte de su grupo de Psicólogas.

No sé exactamente como describir mi estancia en el Instituto, solo sé que aprendí tanto o más que en toda mi carrera, que es para mí un logro haber sido parte de este Instituto y que me siento muy orgullosa de haber tenido a la Dra. como mi jefa, pues aprendí mucho de su persona, de su vida y de su labor, y también agradezco a mis compañeras, chicas muy inteligentes y muy capaces y de buen corazón, gracias por tan grata compañía y por hacer de mi estancia un lugar más ameno.

## TESTIMONIO 2:

### **EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN Y CIENCIAS MÉDICAS. SALVADOR ZUBIRAN (1988-1998)**

Adriana Viladoms Portugal

Era el año de 1998, cursaba el 8° semestre de la carrera de Psicología, en el área de Clínica. Correspondía hacer un año de Servicio Social y el Instituto de Nutrición era uno de los predilectos para llevar a cabo dicha tarea. Éramos varias las compañeras que estábamos interesadas en llevar a cabo nuestra tarea ahí, sin embargo, eran sólo dos puestos los que había disponibles. Se tuvo que hacer un sorteo y por fortuna, fui una de las seleccionadas. Posteriormente estuvimos en el proceso de admisión en el que teníamos entrevistas con varios de los encargados del departamento, en aquel entonces, de Medicina Psicológica. Finalmente fui aceptada y lo tomé con mucho agrado y satisfacción.

Desde un inicio fue una gran experiencia el estar en un hospital tan grande y tan prestigiado como es Nutrición, y sobre todo por la gran diversidad de padecimientos que ahí se tratan. Nuestra labor como “pasantes” era aplicar pruebas, hacer entrevistas y colaborar en distintos proyectos que ya se llevaban a cabo en el departamento. Siempre fue una actividad muy guiada y supervisada por los médicos psiquiatras y sobretodo por la coordinadora de psicología del departamento, la Dra. Annemarie Brüggmann García, quien fue la persona más cercana a nosotros durante todo ese proceso. El aprendizaje empezaba desde escuchar cómo se entrevistaban pacientes en el piso, o en la consulta externa, así como observar cómo se interactuaba con los médicos de otras especialidades cuando se les explicaba lo que tenía el paciente y aplicábamos

pruebas psicológicas para completar la información y lograr un diagnóstico más certero.

El objetivo principal de llevar a cabo el Servicio Social ahí era hacer entrevistas y aplicar pruebas psicológicas, todo como parte de lo que se denomina Psiquiatría o Psicología de enlace. Pero lo que se hacía en Nutrición iba mucho más allá de esto. Ofrecía un campo muy amplio para trabajar y aprender sobre otras cosas, sobretodo conocer sobre el proceso de enfermedad, sobre la manera de reaccionar ante los distintos padecimientos, así como sobre la muerte. Al final, promovía una reflexión importante sobre el proceso de vida de cada uno de nosotros.

La Universidad te da los conocimientos teóricos y algunos prácticos, pero el trabajo clínico lo aprendes al estar en contacto con los pacientes médicamente enfermos, aprendí más sobre las pruebas que ya había visto en la universidad y otras más también. Siempre fue un proceso supervisado y guiado, principalmente por el equipo de Psicología, dirigido por la Dra. Annemarie Brüggmann, y por un grupo de médicos psiquiatras, que juntos trabajaban. Pero la experiencia de aprendizaje no se quedó ahí, aprendí sobre cómo trabaja una clínica de trastornos de la conducta alimentaria, sobre la Educación para la Salud, sobre cómo valorar parejas con problemas de infertilidad, y conocí sobre el proceso de enfermedad de los pacientes con VIH, cáncer y muchas otras enfermedades crónicas. En sí, toda una experiencia de vida, de conocer, sentir y madurar.

Terminé el servicio social, después de un año y decidí quedarme a trabajar como voluntaria, estaba aprendiendo y me estaba dejando

una buena experiencia de vida también. Después de un año de voluntaria, fui honrada con una plaza de psicóloga, hecho que recuerdo con mucha satisfacción pues representaba un privilegio importante.

Después de diez años de trabajar en el Instituto Nacional de Nutrición, salí como una persona muy distinta, una psicóloga con una mejor preparación, pero sobretodo como un ser humano más sensible, más maduro y más comprometido con la vida.

Al paso del tiempo puedo decir que Nutrición ha sido un pilar importante en mi formación profesional y ha contribuido a ser quien soy en lo personal, como ser humano, hija, esposa, madre, amiga. El cómo entender a los pacientes, cómo tratar de ayudarlos y sobretodo de entender el proceso de la vida misma, es lo más importante que obtuve en esos años de trabajo.

En Nutrición se siembra algo tan valioso, que deja una huella a largo plazo. Es un aprendizaje significativo que perdura hasta la fecha y que me ha dado muchas de las herramientas necesarias para poder llevar a cabo mi trabajo como psicóloga y psicoterapeuta. Actualmente soy parte de un equipo multidisciplinario en una Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, tengo mi consultorio particular, soy maestra adjunta en varios diplomados sobre prevención de enfermedades crónicas. Estoy agradecida y satisfecha por haber podido ser parte del equipo de Nutrición 1988 a 1998.

### **TESTIMONIO 3:**

#### **MI PASO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”**

Dolores Ávila

A principios de 1991, al terminar un seminario de tesis en la Facultad de Psicología, había elegido como tema la relación entre las emociones e inmunidad. En busca de un director, acudí con la doctora Annemarie Brüggmann, quien me acepto como voluntaria en el Departamento de Medicina Psicológica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

Al lado de la doctora Brüggmann, visité por primera vez pacientes de un hospital no psiquiátrico y de alta especialización, y aprendí a buscar aquellos síntomas que evidenciaran la participación de la mente en la patología corporal. Recuerdo haberme sorprendido al conocer a un paciente que había perdido la vista, sin que se encontrara falla orgánica alguna que explicara su ceguera; era muy diferente verlo, ya no como un caso de libro, sino en la vida real.

Fue también una gran experiencia conocer a los dos principales grupos de pacientes afectados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en aquellos años: las mujeres infectadas or transfusión durante el parto y los homosexuales. Era ésta una problemática ya bien identificada, después de transcurrida una década de la aparición de los primeros casos de SIDA. Oí hablar por primera vez de las ventajas secundarias que para algunos pacientes traía consigo el internamiento, lo cual explicaba la aparente contradicción de querer curarse pero a la vez permanecer en el hospital. Después de la visita a piso, el grupo de pasantes de psicología nos reuníamos a estudiar los casos bajo la

dirección de la doctora Brüggmann. Con ella aprendí a aplicar los conocimientos técnicos adquiridos durante la carrera, pero sobre todo entendí la importancia de ver, al paciente y a mi misma, como dos elementos de una relación humana.

Me enseñó también que debía esforzarme por lograr una expresión clara y directa, porque eso revelaría la claridad de mis pensamientos y me permitiría entablar una verdadera comunicación con los demás. A la vez, resultaba básico que mantuviera alerta todos mis sentidos para captar lo que una persona intenta transmitir por medios que el discurso oral suele encubrir. La expresión del rostro, la postura, los movimientos de las manos, el tono, volumen y ritmo del habla son algunas de las formas del lenguaje que poseen un sentido, que comunican algo, y a las cuales hay que estar atento para entender en forma cabal el mensaje.

Todo esto me ha sido de enorme utilidad en el desempeño de mi trabajo, así en el trato cotidiano con superiores y compañeros, como específicamente en el estudio antropológico de la enfermedad y en el manejo de documentos de historia oral.

En los ratos que me dejaba libre el trabajo clínico, empecé a elaborar mi proyecto de tesis sobre el tema de estrés e inmunidad. Con la orientación de la doctora Brüggmann, recopilé en la biblioteca del Instituto la gran cantidad de artículos de las principales revistas médicas que me servirían de base para el trabajo de tesis titulado "Emociones, inmunidad y enfermedad" que presenté posteriormente en la Facultad de Psicología. El objetivo fue aportar, en el medio de habla hispana, un panorama de la investigación en psiconeuroinmunología, es decir, sobre la interrelación entre la mente y los sistemas nervioso, inmunológico y endócrino.

IncurSIONAR en el estudio de un campo tan novedoso en nuestro país y difícil por su nivel de especialización, con escasa bibliografía en español, sólo me fue posible gracias a la confianza que la doctora BrügmANN depositó en mí. Una vez titulada, cambió mi situación como trabajadora técnica del Instituto Nacional de Antropología e Historia gracias a algunas pequeñas aportaciones que he podido hacer en las áreas de antropología médica e historia de la medicina. Más de veinte años después de mi paso por el Instituto Nacional de Nutrición, siguen vigentes en mí las enseñanzas que recibí de la doctora Annemarie BrügmANN, que me orientan y me dan aliento en mi vida cotidiana en estos tiempos difíciles en que vivimos.

#### **TESTIMONIO 4:**

Psic. Denise Arcila M.

En febrero de 1993 ingrese al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición S.Z. para realizar mi servicio social, de todas las plazas para realizar el servicio nutrición siempre fue la más solicitada, por su excelencia académica y práctica clínica. Durante este periodo tuvimos seminarios de investigación, supervisión de casos clínicos, aplicación e interpretación de pruebas psicológicas dirigidas por la Dra. Brüggmann. Participo en diversos protocolos, sesiones con los psiquiatras y visitas a los pisos para valoración de pacientes internados.

Tuve la oportunidad de tener grandes maestros como la Dra. Brüggmann, maestra Adriana Valadoms, Dr. Andrés Guevara, que siempre estaban dispuestos a formar psicólogos clínicos.

Durante 6 años fui voluntaria en el departamento de neurología y psiquiatría, realizando las mismas actividades que realizaban las adscritas. Aplicaba pruebas psicológicas, entrevistas a pacientes medicamente enfermos, validación de instrumentos así como participación en protocolos y clases de enfermería.

Participé cada año en la selección de enfermeras tanto para la licenciatura como para aquellas que iban a realizar algún curso.

En 1999 obtengo mi plaza, y quedo laborando en el instituto hasta mayo del 2009.

Durante este periodo trabaje en conjunto con cirugía endocrina y clínica de obesidad armando un programa multidisciplinario para aquellos pacientes que se iban a operar de by pass gástrico.

Fue una época muy productiva ya que participe en varios foros nacionales e internacionales como ponente. Participe en varios protocolos sobre obesidad y trastornos de la alimentación. Así como varias publicaciones en revistas.

En el año 2002 con el apoyo del instituto y FUNSALUD conseguí una estancia en el Hospital Universitario de Bellvitge en la ciudad de Barcelona, España. Mi estancia fue de 8 meses en el servicio de psiquiatría en el área de trastornos de la alimentación. Regrese al Instituto a trabajar en protocolos de trastornos de alimentación y obesidad.

A mi paso por el Instituto aprendí a tener empatía con todas aquellas personas enfermas, a trabajar en equipo para lograr metas y mejores resultados. Tener contacto con la ciencia y la investigación te hace ser un profesional de la salud actualizado.

Ahora llevo la camiseta bien puesta desde lejos, reconociendo que en el Instituto se forman médicos, enfermeras, nutriólogos, psicólogas, etc. de excelente calidad humana y profesional.

## TESTIMONIO 5:

Psic. Silvia Espino

Cuando empecé a hacer mi trabajo voluntario en Nutrición me di cuenta de que no había podido hacer mejor inversión académica que ser alumna de la Dra. Brüggmann y aprender de Pruebas Psicológicas pues es un área en la que se encuentra desarrollo inmediato. Fue impresionante el poder contarles a mis compañeros de la carrera que la Dra. fuera de la universidad era y es empática, apoyadora y tierna. Muchos se reían y seguían siendo incrédulos, pero con los años me han dado la razón.

Las experiencias vividas junto a la Dra. en Nutrición fueron muy variadas. Profundice en el trabajo de aplicación, calificación e interpretación de pruebas psicológicas. Le agradezco mucho el que compartiera generosamente su “atinado ojo clínico en ellas”, gracias a eso he dado clases de este tema en varias instituciones. Y es de llamar la atención, que cuando comento que fui alumna de la Dra. inmediatamente se me abren las puertas, es muy reconocida y admirada por sus excelentes interpretaciones.

Observé y escuché atentamente las valiosas intervenciones que hacía con pacientes internados y sus familias (pacientes de trasplante, con insuficiencia renal, con trastornos de la alimentación, con cáncer, con trastornos dismórficos, con infertilidad masculina, con enfermedades reumáticas, del sistema inmune y digestivas y .....mucho más). Posteriormente me otorgó la oportunidad de hacerlo acompañada por ella y después de manera independiente, lo cual me brindó seguridad pues tenía una muy buena maestra.

Caminar junto a la Dra. en los pasillos del hospital era toda una experiencia, pues reconocidos médicos la saludaban amablemente, le hacían plática e incluso la “chuleaban” por lo bien que se veía (nosotras siempre nos preguntábamos cual sería su secreto para verse tan bien). En nuestros tiempos libre, que eran muy pocos, tomábamos café y galletas, pero todos los momentos eran de aprendizaje, ya sea por sus viajes, sus experiencias de vida, su maternidad y hasta el clima, pues siempre nos decía:” no existen malos climas sino ropa inadecuada” ó nos hacía ver que tener insomnio no era para afligirse, pues uno podía descansar y aprovechar para pensar. También aprovechaba y nos corregía la pronunciación de algunos nombres, especialmente cuando teníamos que hablar del Psicodiagnóstico de Rorschach. Hasta la fecha mis alumnos se ríen de esto, pero terminan agradeciéndolo al igual que yo.

Me permito supervisar junto a ella a las pasantes haciendo su Servicio Social. No siempre fue fácil, pues a veces nos encontrábamos en situaciones de franca rebeldía o trastornos de personalidad, pero la Dra. abordaba esto con ecuanimidad y paciencia. No se involucraba en líos innecesarios y eso hacía que siempre estuviéramos confiadas en la consistencia de sus límites y la suficiente empatía para no sufrir ningún maltrato.

Asistimos a congresos, reuniones científicas, trabajos en cerezos, fuimos a bodas, bautizos, cumpleaños, conciertos y cada año festejábamos Navidad con sus tradicionales galletas alemanas y sus uvas envinadas. Siempre deseábamos esa reunión en la que veíamos encendido el árbol de Navidad con velas y oíamos los típicos sonidos tintineantes de los tradicionales angelitos alemanes.

Me enseñó a hacer galletas y en ese momento admiré aún más su energía y capacidad, pues a la 1 am, amasaba con todas sus fuerzas, mientras que yo me sentía agotada y con ojeras. También durante un seminario de la Prueba de colores de Lüscher me tocó escuchar como contestaba una llamada en alemán, regresó a la reunión a hablar en español y posteriormente contestó otra llamada en inglés o italiano. Jamás utilizó calculadora para las fórmulas de las pruebas. Su mente siempre activa, clara y una memoria inigualable. Hay tanto que admirar y agradecer de ella.

Mis expectativas dentro del Instituto Nacional de la Nutrición y ciencias médicas “Salvador Zubirán” han sido determinantes para mi desarrollo profesional. No solamente por la diversidad de aprendizajes que se me ofrecieron, sino también por comprender al paciente médicamente enfermo de una forma integral. Esta vivencia me dio la oportunidad de saber que tanto los asuntos emocionales repercuten en el estado de salud general de una persona y viceversa. Gracias a este tipo de residencia dentro del instituto pude entender lo que significa el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario y que todos podemos contribuir al beneficio de la persona que padece algún malestar físico y/o dolor mental.

Poder convivir y trabajar junto a otros profesionales ya sea de la Salud Mental ó de las diversas especialidades médicas y no médicas hizo que mi visión dentro de la consulta privada se ampliara y se enriqueciera, de tal forma que mis pacientes pueden percibir que la comprensión que se tiene de ellos es más compleja y no únicamente relacionada con aspectos del inconsciente o del estado emocional.

Esta experiencia también la he podido compartir con alumnos en formación que a su vez enriquecen su visión acerca de los pacientes y no pierden de vista que existe un cuerpo sobre el que se desarrollan las emociones y viceversa.

Me siento afortunada y agradecida por siempre con la Institución y con la Dra. Brüggmann pues ya no puedo ver ninguna persona fuera de este esquema integrador que introyecté y que ya es parte de mi vida y no solo de mi profesión.

## TESTIMONIO 6:

### **DRA. ANNEMARIE BRÜGMAN Y EL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION “DR. IGNACIO ZUBIRAN”: EJEMPLOS QUE DEJAN HUELLA**

Dra. Julia Casamadrid Pérez

Hay personas y situaciones que al cruzarse en nuestro camino definen la trayectoria que seguirán nuestras vidas, son como parteaguas que nos llevan a referirnos como un antes y un después de su encuentro. Tal fue el caso de la Dra. Annemarie Brüggmann y mi paso por el Instituto Nacional de la Nutrición SZ. La Dra. Brüggmann, una profesional de la Psicología, y el Instituto Nacional de la Nutrición, una Institución de salud, fueron claves en mi vida profesional y se encuentran unidas de manera inexorable en mis recuerdos.

La Dra. Brüggmann, supo imprimir en mí, un respeto y un gran cariño a mi profesión. La doctora con su calidad docente, además de enseñarme a interpretar e integrar las pruebas psicológicas, asignatura que ella impartía cuando estaba yo estudiando en la UNAM, fue el elemento clave en mi identidad profesional. Buenos y muchos recuerdos tengo de ella, pero uno en especial marcó mi vida y se remonta al año de 1983. Fue una mañana, después de clase, que la Dra. Brüggmann se acercó a mí y me dijo: “*Julia, ¿le interesaría colaborar conmigo en el Instituto Nacional de la Nutrición?*”. No lo pensé dos veces, por supuesto que acepté. Me sentía realmente agradecida por la deferencia que la Dra. Brüggmann tenía hacia mí. Me sentía honrada y que mi maestra, se hubiera fijado en mí para invitarme a colaborar con ella. Pero debo

reconocer ahora, que nunca me imaginé la trascendencia que tendría en mí, esa invitación.

Recuerdo emocionada lo que pensaba en ese día... ¿Yo en Nutrición? ¿Trabajar en esa Institución tan reconocida, de tanto prestigio, y trabajar con la Dra. Brüggmann? ¡Era increíble!

En mi paso por el Instituto me crucé con médicos de distintas especialidades, psicólogos, enfermeras, pacientes...un ambiente en donde se respiraba trabajo, seriedad, profesionalismo. Recuerdo que mi primera colaboración consistió en apoyar en la selección de las enfermeras que trabajarían en Nutrición. Decenas de enfermeras querían entrar a trabajar al Instituto y nosotras, las psicólogas, íbamos a participar en la selección de las mejores enfermeras.

Constaté que Nutrición era una institución en donde muchas personas querían entrar a trabajar lo que reafirmaba lo afortunada que era yo de estar ahí: en Nutrición, trabajando. Y también, me di cuenta de la gran responsabilidad que teníamos nosotras las psicólogas, al participar en la selección de las enfermeras que serían contratadas. Nuestra decisión no solamente se basaría en seleccionar aquellas que académicamente tenían las mejores calificaciones, sino teníamos la responsabilidad de elegir a las enfermeras que cubrían el perfil profesional adecuado, que asegurara y mantuviera la calidad de servicio que definía a Nutrición. Era elegir a las mejores enfermeras, que iban a atender a los pacientes, y que apoyarían a los médicos. Esta mi primera experiencia profesional moldeó mi trayectoria profesional: seriedad, profesionalidad, respeto por el otro, orgullo por nuestra práctica profesional, fueron algunas cualidades profesionales que aprendí

de la Dra. Brüggmann, en esa mi primera experiencia profesional en Nutrición.

Después la Dra. Brüggmann inició lo que yo llamaría mi *“inmersión profesional”* en el Instituto. Me pidió que la acompañara a las diferentes reuniones clínicas que tenía con médicos especialistas, en donde se le solicitaba el punto de vista psicológico con referencia a algún problema médico. Me sentía sumamente honrada y agradecida por ser invitada a participar en estas reuniones. Recuerdo lo mucho que aprendí en ellas. Pero más allá de lo aprendido académicamente, volví a constatar la seriedad y cuidado que mostraban todos los profesionales de la salud en la atención de los pacientes y sobre todo la importancia de comprender al paciente desde un punto de vista integral e interdisciplinario: médicos de diferentes especialidades y psicólogos aportaban sus conocimientos para su mejor comprensión. *Mente y cuerpo unidos: nunca separados, nunca escindidos, nunca fragmentados.*

En las juntas de trabajo a las que acompañaba a la Dra. Brüggmann, tuve la oportunidad de conocer a grandes médicos ginecólogos que laboraban en aquel entonces en Nutrición y que también fueron parte de mi desarrollo académico y profesional: el Dr. Carlos Fernández del Castillo y el Dr. Guillermo Santibañez. La Dra. Brüggmann y yo, los apoyábamos en la atención psicológica de sus pacientes climatéricas. El trabajar con ambos médicos, y el ver su interés y capacidad profesional en el campo del estudio de la mujer, me contagiaron y despertaron en mí un genuino interés en el estudio de la mujer. Este interés se cristalizó con la elaboración de mi tesis de Maestría en Psicología: *“La mujer, sus síntomas y sus*

*actitudes en la fase del climaterio*”; tesis que trabajé con el Dr. Fernández del Castillo y que da clara muestra de su influencia en mi desarrollo profesional. La interdisciplinariedad trascendía los muros de Nutrición, en mi examen de grado coincidieron sinodales pertenecientes a la Facultad de Medicina y a la de Psicología. Tuve la gran oportunidad y el honor de contar con el Dr. Fernández del Castillo como sinodal en mi examen de grado en la Facultad de Psicología en la UNAM en 1986.

El Instituto Nacional de la Nutrición, además de ser parte fundamental de mi identidad profesional, me brindó la oportunidad de conocer a gente de una calidad humana y profesional indiscutible en especial el Dr. Fernández Cerdeño Director del Depto. De Medicina Psicológica. La trascendencia que tuvo en mí Nutrición, rebasó el aspecto de aprendizaje académico, fue más allá; marcó mi identidad profesional y mi calidad como psicóloga, y ahora como psicoanalista. Los profesionales de la salud, coadyuvaron a formar mi identidad profesional y mi futuro profesional.

Mi paso por Nutrición fue solamente de un año. Pero dejó una huella indeleble en mi vida académica y profesional. No tengo cómo agradecer a la Dra. Brügmann y al Instituto Nacional de la Nutrición todo lo recibido, todo lo enseñado. Y no me refiero únicamente a los conocimientos, aunque eso es muy importante; me refiero a los valores, a las actitudes, a la honestidad, al respeto por el enfermo, al deseo de superarse, al profesionalismo, a la seriedad y orgullo en el ejercicio de nuestra práctica profesional, y a la búsqueda por la excelencia que en cada acto y en cada momento de mi paso en el Instituto Nacional de la Nutrición respiré y viví.

#### **A.4 PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN**

- Depto. De Psicología de la Reproducción: selección mediante estudio psicológico de candidatos a inseminación asistida. Evaluación de pacientes con el síndrome de amenorrea-galactorrea, afectación emocional de la menopausia.
- Depto. De Nefrología y Trasplantes: evaluación de candidatos a trasplante renal y de los donadores.
- Depto. De Hepatología y cirugía: evaluación de candidatos a trasplante hepático.
- Depto. de Infectología: manual para pacientes con VIH y sus familiares. Factores psicosociales en pacientes con SIDA.
- Unidad Metabólica: evaluación de psicológica de pacientes con trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia. El esquema corporal en pacientes anoréxicos mediante la aplicación del Machover.
- Protocolo de hermafroditismo.
- Evaluación psicológica de pacientes con deficiencia de la enzima alfa-reductasa. Diferencia de la estructura de personalidad entre pacientes anoréxicas y bulímicas.
- Depto. De Oncología: Valoración de pacientes a los que recién se les ha dado el diagnóstico de cáncer con la aplicación del TAT.
- Depto. De Gastroenterología: validación de la prueba HAD. Evaluación de calidad de vida mediante la aplicación del HAD a pacientes con síndrome de colon irritable.

Validación de la prueba EDI-I y su aplicación en un grupo de pacientes con obesidad grado III y IV.

Depto. De Cirugía Endócrina: evaluación de candidatas a cirugía bariática.

Seguimiento a un año de pacientes con By pass gástrico.

Evaluación de calidad de vida de pacientes con Bypass gástrico.

Cursos para pacientes candidatos a cirugía y sus familiares.

Valoración de candidatos a Lipectomía post By pass gástrico.

Depto. De Cirugía Plástica: valoración de pacientes a las que se sometió a mastectomía con el propósito de ayudar a restaurar su imagen corporal y la calidad de vida.

Valoración de pacientes con pérdida considerable de peso para cirugía reparadora.

Depto. De Reumatología: valoración de pacientes con dolor reumático.

Valoración de pacientes con Lupus eritematoso sistémico.

Depto. De Enseñanza para la Salud: elaboración de material de divulgación general de varios cuadros nosológicos.

Elaboración de pruebas para ser empleadas en algunas investigaciones.

Escuela de Enfermería: establecimiento de perfiles de enfermeras para ser empleados en la selección de los aspirantes a la licenciatura y especialidades de enfermería.

Manual para promover una mejor adherencia terapéutica.

Depto. De Genética: Funcionamiento intelectual de niños con Síndrome de Down.

## **A.5 CONFERENCIAS PROMOVIDAS POR EL INN E IMPARTIDAS POR PASANTES.**

- “Medicina de Enlace” Hospital General 1975.
- “Modificación Cognitivo Conductual en pacientes con anorexia nervosa” X Congreso Nacional de la APM en Guadalajara. Octubre 1987.
- “Reacción de pacientes con bulimia a la terapia cognitivo conductual” INNSZ 1987.
- Taller: “Grupos y personalidad” dirigida a secretarias del INNSZ. Marzo de 1987.
- “Aspectos psicodinámicos del desarrollo del paciente con dolor” INNSZ. Junio 1987.
- “La identidad psicosexual en pacientes con deficiencia de la alfa-reductasa.” X Congreso Nacional de la APM Guadalajara octubre 1987. “Psicología Evolutiva” Escuela María Elena Maza Brito de Enfermería INNSZ. 1987.
- Taller: “Estrategias Cognoscitivas y facilitadoras del aprendizaje” INSSZ. Octubre 1987.
- “Creatividad” Auditorio de la Facultad de Ingeniería, UNAM. Noviembre 1987.
- “Inventario de Depresión de Yung” Facultad de psicología. Universidad Anáhuac. Marzo 1988.
- “Inventario de ansiedad- rasgo- estado (IDARE)” Facultad de psicología. Universidad Anáhuac. Marzo 1988.
- “Técnicas de apreciación psicológica” Facultad de psicología. Universidad Anáhuac. Abril 1988.

- “Aspectos psicológicos y psicosociales del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida”. Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac. Mayo 1988.
- “Comportamiento humano dentro de las organizaciones” Facultad de Ingeniería, UNAM. 1988.
- Curso: “Psicología Evolutiva” Escuela de Enfermería “María Elena Maza Brito” INNSZ junio-julio 1988.
- Taller: “comunicación, motivación y personalidad” dirigida a secretarias del INNSZ. Junio 1988.
- Taller: “Habilidades y Técnicas de Estudio” dirigido a secretarias INNSZ 1989.
- “Características del enfermo con VIH” mesa redonda. Facultad de Psicología, UNAM. 1989.
- “Detección de déficit intelectual en el paciente con trastornos médicos” INNSZ 1990.
- “Trastornos de la alimentación” mesa redonda, Facultad de Psicología. 1999.
- “El síndrome de inmunodeficiencia adquirida” mesa redonda Centro Médico. LXI Reunión anual y Congreso Internacional SSA. 1999.
- “Trastornos de la identidad psicosexual en el síndrome de deficiencia de la enzima 5 alfa reductasa” 1er Congreso de la Sociedad de Exalumnos de la Facultad de Psicología. UNAM. 26 de octubre 2001.
- “Un abordaje psicodinámica de la anorexia nervosa” 1er Congreso de la Sociedad de Exalumnos de la Facultad de Psicología. UNAM. 27 de octubre 2001.

## **A.6 RECONOCIMIENTOS**

*Instituto Nacional de la Nutrición*

*Viaducto Chaparral y San Fernando*

*México 22, D. F. , 2 de Mayo de 1972.*

DR. SALVADOR ZUBIRAN  
DIRECTOR

Dra. Ana María Brüggmann  
P r e s e n t e .

Tengo el agrado de hacer de su conocimiento que en atención a sus antecedentes y a la solicitud formulada por el Departamento de Medicina Psicológica del Instituto, a partir de esta fecha se le designa como Consultor en Psicología con carácter Honorario.

Anticipadamente le manifestamos el reconocimiento del Instituto por su desinteresada decisión de colaborar con nosotros teniendo la certeza que contaremos con su valiosa y eficiente participación en las actividades de enseñanza, investigación y atención médica.

Atentamente.

  
Dr. Salvador Zubirán  
Director

SZA'vcch.



*Instituto Nacional de la Nutrición*  
*Hospital de Enfermedades de la Nutrición*  
*Av. San Fernando y Viaducto Atlapalan*  
*México 22, D. F., 7 de diciembre de 1972.*

Dra. Ana María Brugmann,  
P r e s e n t e .

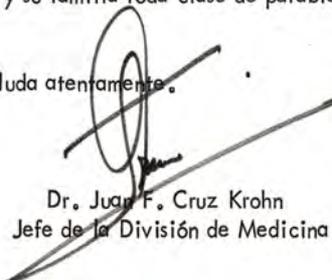
Muy estimada Dra. Brugmann:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para hacer manifiesto nuestro agradecimiento por la valiosa y eficiente labor que ha venido desempeñando desde el mes de mayo de este año con los enfermos que se atienden en el Servicio de Medicina Psicológica del Instituto.

Tengo la convicción de que el método que ahora se sigue para atender a los enfermos que corresponden al área de su especialidad comienza a manifestarse como un sistema valioso que seguramente alcanzará mayores proyecciones en el futuro.

Nuevamente le ruego aceptar nuestro agradecimiento, que en una forma casi simbólica le hacemos presente al finalizar este año, deseando para usted y su familia toda clase de parabienes para el próximo año.

La saluda atentamente.



Dr. Juan F. Cruz Krohn  
Jefe de la División de Medicina

c.c.p. Dr. Arturo Fernández Cerdeño.

JFCK'vcch.



*Instituto Nacional de la Nutrición  
Hospital de Enfermedades de la Nutrición  
Av. San Fernando y Vialardo, Tlalpan*

México 22, D. F. 26 de Febrero de 1981.

A quien corresponda:

Por medio de la presente hago constar que la Psicóloga Annemarie Brüggmann Garcia, ha colaborado en el Instituto Nacional de la Nutrición, desde el año de 1972 y desde antes de la fundación del Depto. de Medicina Psicológica.

Ha participado en la atención de pacientes, en los programas de Enseñanza a Médicos Residentes y Enfermeras, en la selección de ingreso de los mismos y en los programas de investigación del Departamento.

Desde 1975 ha tenido a su cargo la supervisión y entrenamiento de los psicólogos y pasantes que hacen su servicio social en el Departamento.

Se extiende la presente para los fines que a la interesada convengan.

Atentamente.

Dr. Arturo Hernández Cerdeño.  
Jefe del Depto. de Med. Psicológica.

AFC'yta



*Instituto Nacional de la Nutrición  
Salvador Zubirán  
Calle Vasco de Quiroga 15  
Delegación Iztapalapa  
14000-México, D. F.*

Febrero 24 de 1993

**A QUIEN CORRESPONDA**  
P r e s e n t e

Por medio de la presente hacemos constar que la **Dra. Ana María Brüggmann García**, ha fungido como CONSULTOR en Psicología, adscrita al Departamento de Medicina Psicológica desde mayo de 1972, y que durante todo este tiempo ha participado en actividades de enseñanza, investigación y asistencia, propias de la especialidad que cultiva.

Se extiende la presente a petición de la interesada.

Atentamente

Dr. Ezequiel López Amor  
Coordinador de Subdirecciones

\*acg.

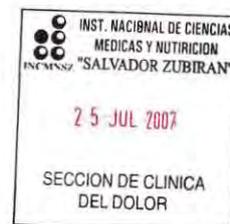
NR2080



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

México, D. F., a 25 de Julio del 2007.

**DRA. ANNI MARIE BRUGMAN GARCIA**  
PRESENTE



Estimada Dra. Brugman:

La Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto. Agradece su valiosa participación en el Curso de Postgrado para Médicos Especialistas en Clínica del Dolor ( Algología ). Con la conferencia:

**"PRUEBA DE LUSHER"**

Efectuada el 25 de julio del presente año. Esperamos contar nuevamente con su relevante participación en el Curso Universitario de nuestra Clínica.

Atentamente

Investigación

**DR. URIAH GUEVARA LOPEZ**

Tradición

Servicio

**JEFE DEL DPTO. DE CLINICA DEL DOLOR  
Y CUIDADOS PALIATIVOS**

Asistencia

Docencia

20007700

- Vasco de Quiroga 15,
- Delegación Tlalpan
- C. P. 14000 México, D.F.
- Tel. 54-87-09-00



Huixquilucan, Estado de México, a 30 de Agosto del 2007

Dra. Annemarie Brüggmann García  
P r e s e n t e

Muy estimada Dra. Brüggmann:

Desde su fundación, en el año de 1964, la Universidad Anáhuac ha sido una Institución comprometida con la enseñanza de calidad y la formación integral de sus alumnos. Al día de hoy, más de 25,000 egresados han sido graduados de nuestros programas de licenciatura y posgrado, pertenecientes exclusivamente a la sede México Norte. A partir de la conmemoración de los primeros 40 años de su fundación, la Universidad Anáhuac instituyó un reconocimiento a aquellos profesionales destacados de los diferentes campos formativos de cada una de nuestras disciplinas, denominado Medalla Anáhuac.

En esta ocasión, la Universidad Anáhuac se complace en otorgarle la "**Medalla Anáhuac en Psicología 2007**" como sincero reconocimiento por su profundo testimonio y destacada participación en el desarrollo de la Psicología en México; por su compromiso con los más altos valores del ser humano y de la sociedad, constituyendo un ejemplo a seguir para las nuevas generaciones de psicólogos en México, así como por su destacada labor como formadora de nuestros alumnos en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición "Salvador Zubirán" por más de 25 años.

El acto de entrega de este reconocimiento será programado para llevarse a cabo en fecha próxima en nuestro Campus Universitario de la Ciudad de México.

Reiterándole mi más sincera felicitación por haber sido elegida por el H. Consejo de la Universidad para recibir esta importante presea, le envío un cordial saludo.

Atentamente

Mtro. José María López Landiribar  
Director de la Escuela de Psicología

Av. Lomas Anáhuac s/n, Lomas Anáhuac,  
Huixquilucan, Estado de México, C.P. 52786  
Apartado Postal: A.P. 10-844, México, D.F. C.P. 11000  
Tel 52 (55) 5627-0210 Fax: 52(55) 5596-1938  
Correo electrónico: [anahuac@anahuac.mx](mailto:anahuac@anahuac.mx) [www.anahuac.mx](http://www.anahuac.mx)



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN

Dr. Fernando Gabilondo Navarro  
DIRECTOR GENERAL

México, D.F., a 22 de noviembre de 2007.

***Dra. Annemarie Brüggmann García***  
Presente

Estimada ***Dra. Brüggmann:***

Me permito felicitarla por el merecido reconocimiento que le hizo el H. Consejo Universitario de la Universidad Anáhuac al entregarle la *Medalla Anáhuac en Psicología 2007*.

Coincido con el Mtro. José María López, Director de la Escuela de Psicología, en los conceptos que atribuye a su destacada labor profesional y formadora de recursos humanos. Nuestro Instituto también se ha favorecido con sus labores asistenciales y docentes, por lo que estimo que ese reconocimiento es legítimo y muy merecido.

Cordialmente,

Investigación  
Tradición Servicio  
Asistencia Docencia

- Vasco de Quiroga 15,
- Delegación Tlalpan
- C.P. 14000 México D.F.
- Tels. (525) 573-11-27
- (525) 573-11-93
- Fax: (525) 513-29-26



RECTORÍA

Huixquilucan, Estado de México, a 1º de marzo de 2011

**Dra. Annemarie Brugmann García**  
**Profesor de tiempo completo definitivo / Terapeuta**  
**U.N.A.M. Esc. de Psicología / Instituto Nacional de la Nutrición**  
**Presente**

Estimada Dra. Brugmann:

Me da mucho gusto saludarle y a la vez reconocer nuevamente el apoyo y cercanía que ha brindado a la Universidad Anáhuac.

Con la finalidad de seguir manteniéndole informado oportunamente de nuestro desarrollo, me es grato poder enviarle *la Memoria Institucional del Año académico 2009 - 2010*, en la que se resumen nuestros logros y avances, fruto del esfuerzo institucional y del apoyo que amigos cercanos como usted nos brindan, con el objetivo de fortalecer cada día más nuestra Universidad al servicio de México.

También me permito enviarle el *Folleto de Cátedras de la Universidad Anáhuac 2009 - 2010*, en el cual podrá constatar el significativo avance que hemos logrado con el apoyo de importantes empresas para potenciar la investigación aplicada.

Esperando que estos materiales le sean de utilidad, le reitero nuestra gratitud por su interés en el cumplimiento de nuestra misión de formar los líderes de acción positiva que nuestro país necesita.

Atentamente,

**Jesús Quirce Andrés, L.C.**  
**Rector**

## Anexo B

### **B.1 LISTA DE PSICÓLOGOS Y MÉDICOS EN ENTRENAMIENTO EN EL INNSZ (1972- a la fecha)**

Pido disculpas a los que involuntariamente omito, debido a que mi memoria me puede fallar.

Martha Alicia Lira Fernández	UNAM
Diana De La Peña Alter	Universidad Anáhuac
Mauricio Shack	Universidad Anáhuac
Natalia Schabes Tauber	UNAM
Elisa Salinas De Radasa	UIA
Dolores Montilla De Lozano	Universidad Anáhuac
Mayte Delfín	UNAM
Med: Mauricio Tohen	UNAM
Med: Marcela Tohen	UNAM
Med: Mario Antonio Dupont	UNAM
Psic. Mario Zumaya	UNAM
Psic. Fernando Moreno	UNAM
Psic. Miguel Valderrama	Universidad Guadalajara
Psic. Ma. Chanona Domínguez	UNAM
Amparo de la Vega Borrel	Universidad Anáhuac
Zita Chao	UNAM
Laura Graciela González Flores	UNAM
Med. Enrique Núñez	Universidad de Monterrey
Noemí Tavera	UNAM
Marcos Francisco Novoa Ramos	Universidad Anáhuac

José Ma. López Landiribar	Universidad Anáhuac
Mary Ann Mostí Molina	Universidad Anáhuac
Julia Casamadrid	UNAM
Alejandra López Duplán	Universidad Anáhuac
Dunia López	Universidad Anáhuac
Gabriela Beatriz Torres Pizarro	Universidad Anáhuac
Guadalupe Hernández Fernández	UNAM
Mónica Ivonne Guzmán Baragli	Universidad Anáhuac
Ma. Eugenia Leticia López Cabrera	Universidad Anáhuac
Patricia Tovar	Universidad Anáhuac
Leticia Flores	Universidad Anáhuac
Teresa Robles	UNAM
Ana Luisa Escalante	Universidad Anáhuac
Claudia Castelazo	Universidad Anáhuac
Andrea González	UNAM
Silvia Espino Rincón	UNAM
Adriana Viladoms	Universidad Anáhuac
Sonia Angélica Montoya Morena	UNAM
Ma. Del Carmen Bermúdez García	UNAM
Lucero García Moreno López	UAM Xochimilco
Margarita Eugenia Gutiérrez Quiroz	UNAM
Sofía Sánchez Román	Universidad Anáhuac
Liliana Velasco Díaz	Universidad Anáhuac
Vicky San Román	Universidad Anáhuac
Francisco Vives	Universidad Anáhuac
Isadora Martínez	Universidad Anáhuac
Jacob Charnevich	Universidad Anáhuac
Denise Arcila	Universidad Anáhuac
Rebeca Escapa	Universidad Anáhuac
Patricia Franco	Universidad Anáhuac

Denise Jaisue	UVM
Cristina Valle Ramírez	UNAM
Citlalmina Díaz Socci	UNAM
María Elba Sandoval Hernández	UNAM
Carolina García Sánchez	UNAM
María del Carmen Obregón	UNAM
Dolores Ávila Hernández	UNAM
Ma. Fernanda López Montes	UNAM
Laura Elena Angélica Ferrón Martínez	UNAM
Jakeline Dávalos Luna	UNAM
Ivonne Guzmán	Universidad Anáhuac
Teresa Villalobos	Universidad Anáhuac
Graciela Senosian	Universidad Anáhuac
Carmina Obregón	UNAM
Rodrigo Carabaza	Universidad Anáhuac

# BIBLIOGRAFÍA

Ainsworth, M.; Bowlby, J. 1965. *Child Care and the Growth of Love*. London: Penguin Books

Anastasi, A. (1954) *Psychological testing*, New York, Mac Millan

— A. (1982) Comunicación personal.

Bataille, G . (1930) “*L’art primitif*” Documents Vol. 7 pp. 389-397.

Bateson, G. Haly, D.D., Weakland, J. H. (1968) “*Communication, Family and Marriage*”, Palo Alto, California, Science and Behavior Books.

Beck, S. (1952), *Advances in Interpretation*, New York, Grune & Stratton

— S. (1961) *Rorschach’s Test, Basic Process*, New York, London, Grune & Stratton

Bellak, L. & Goldsmith, L. A., 1ª edición (1984) *Metas Amplias para la Evaluación de las funciones del Yo*, México, Manual Moderno.

Bellak, L. (1947) *A Guide to the Interpretation of yhe TAT*, New York, The Psychological Corporation.

— L. (1954) *The Thenatic Apperception Test and the Children’s Apperception Test in Clinical Use*, New York, Grune and Statton.

Bender, L. (1938) “*A visual – Motor Gestalt Test and its Clinical Use*”, Research Monograph N° 3, American Orthopedic Asociation.

Bertalanffy, Ludwig v. (1979) “*Perspectivas en la teoría general de sistemas*” Madrid, Alianza Editorial.

— Ludwig v. (1987). *Teoría general de los sistemas*, México. Fondo de Cultura Económica.

Bohm, E. (1967) *Psychodiagnostisches Vademecum*, Bern und Stuttgart, Hans Huber Verlag

- Brügmann, A. (1977) *La prueba de Lüscher en la detección de Cambios de Ánimo*, Tesis profesional, Facultad de Psicología.
- Buck, J. N. , (1948), "*The H – T – P Test*" *Clinical Psychology* Vol. 4, 151-158.
- J. N. ,(1949), "*The H-T-P Technique. A qualitative and quantitative scoring manual*", parte I y parte II, *Clin Psychol* vol. 4y 5 , 37-76.
- Bush, J. N. (1952) *Una descripción breve de la técnica*. *Revista de Psicología general aplicada* Vol.7.
- Busch, L. (1957) *Psychologische Grundlage des Farbtests*, Basilea, Medizinische Welt.
- Caligor, I. (1960) *Nueva interpretación psicológica de los dibujos de la figura humana*, Buenos Aires, Kapelucz
- Cattell, R.B. (1957) *Personality and Motivation Srtucture*. Yonkers, World Book
- Cicero Franco, M. (2000) *La Entrevista Psicológica*. México.
- Cirlot, J.E. (1958) *Diccionario de Símbolos Tradicionales*. Barcelona, Edit. Luis Miracle.
- Cohen, R.J. & Swendlik, M.E. (1982) *Pruebas y Evaluación Psicológica*. Mayfield Publishing Co.
- R.J. Swedlik, M.E. (1996) *Pruebas y Evaluación Psicológica*. México. Mc Grow Hill. 505 -507
- Cronbach,L.J. & Meehl, P. (1955) *Construct Validity in Psychological Tests*. *Psychological Bulletin*
- Donker, F- J. (1991) "*Tratamiento psicológico de la hipertensión*", *Manual de Psicología Clínica*, Madrid, Siglo XXI.
- Erikson, E. (1959), "*Identity and the life Cycle*", in *Selected Papers*, New York; International Universities Press.
- Eysenck, H. J. (1952) "The effects of Psychotherapy: An Evaluation" *Journal of consulting Psychology*, 16.
- Fernández Guardiola, A. Et al, (1976) *Cambios hipnográficos producidos por la administración de anfetaminas*, México, Cuadernos Científicos CEMEF, \_Nº 6 pp 207-222.

- Frank, J. D. (1982) en Trull, T.J; Phares, E.J. *“Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión”*, México, Argentina, Thompson Learning.
- Freud, Sigmund (1905) *“La teoría del desarrollo psicosexual del niño”*. Barcelona Editorial Ballesteros.
- Sigmund (1927) *On Interview, an Analysis of a Case of Hysteria (1905)*, citado en Gill, M., Newman, R. & Redlich, F.C. (1954) *The Initial Interview in Psychiatric Practice*. New York, International University Press. 48 – 92.
- Sigmund (1938) *“New introductory lectures in Psychoanalysis”*. New York, W. W. Norton & Co.
- Sigmund (1948) *Obras completas*. Madrid Ed. Biblioteca nueva.
- Fröbel, F. (1907). *La educación del hombre*. Páginas escogidas por Linda Volosky de Cabello (1968) ED Universidad de Chile, Stgo, Chile
- Fromm. (1961) *El lenguaje olvidado*. Buenos Aires, Librería Harnette
- Gill, M., Newman, R. & Redlich, F.C. (1954) *The Initial Interview in Psychiatric Practice*. New York, International University Press. 48 – 92
- Goodenough, F. (1926) *Measurement of Intelligence by Drawing*, Jonkers World Book Co.
- F. (1928) *Studies in the Psychology of children’s Drawings*, New York, World Book Co.
- F. (1938) *Developmental Psychology*, New York, D. Appleton & Co. ,
- F. (1951), *El test de inteligencia infantil por medio de la figura humana*, Buenos Aires, Paidós.
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation* (D. Rapaport, Trans). New York.
- Hathaway, S.R. (1942) *Medicina Fisiológica*, Minneapolis, University of Minnesota Press.

- S.R. & Mc Kinley, J. G. (1951) *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, Nueva York, Psychological Corporation.
- S.R. (1975) *Autobiografía*, Minneapolis, Oxford University press.
- Hicks, M.D. (1894) , *Art in early education*, Kindergarten Magazine, Vol. 6  
International Organization for Consultation- Liaison Psychiatry.
- Jacobson, E (1938) "*Progressive Relaxation*" Chicago, University of Chicago Press.
- Kandinsky, W. (1971) *Über das Geistige in der Kunst*, Reinbeck, Rowohlt Verlag.
- Kernberg, Otto . (1975) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*.
- Kerr, M. (1936) "*Children's Drawings of Houses*, British Journal of Psychology, London.
- Klopfer, B. et al (1954), *Development in the Rorschach Technik*, New York, Harcourt, Brace & World Inc.
- Klopfer, W. (1944) *Suggestions for the Systematic Analysis of Rorschach Records*, Los Angeles, University of California
- Koch, Karl (1962) *El Test del Árbol*. Buenos Aires, Editorial Kapelusz
- Koppitz Elizabeth. *El Test de Bender*. Editorial Oikos-Tau.
- Kriegman, G. & Hanse, F.W. "*Los tests mentales*" (1960) vol.2 pp1163, Buenos Aires, Edit. Kapetuz
- Lacan, Jacques. (1995)"La relación de objeto" ISBN 978-950-12-3904-1
- Lambert, Bergin (1994) en Jackson, D. (1968) compilador "*Therapy, communication and change*, Palo Alto, Science and Behavior Books Inn.
- Sidney, Leowe (1959) "*Figure Drawing as a Projective Test*" en *Projective Psychology* NY. Grove Press Inc.
- Lewin, Kurt (1935) "*Fuerzas del ambiente*", Manual de Psicología del niño. Cap. XIV. Barcelona, Seix. Barral

- Levine, Maurice (1989) *“Psychotherapy in medical practice”* New York, The Mac Millan Co.
- Lorge, I. & Thorndike, E. (1941), *The value of Responses in a Completion Test as Indication of Personality Traits*”, *Journal of Applied Psychology*, vol 25. 191-199
- Lüscher, M. (1942) *Die Methode der Funktionspsychologie*, Lucerna, Heilpädagogische Merkblätter.
- M. (1948) *“Anleitung und Farbtabelle, Lüscher Test zur psychomatische Persönlichkeits Diagnostik*, Basilea. Test Verlag
- M. (1969) *Lüscher Test*, Basilea, Test Verlag.
- M. (1974) *Signale der Persönlichkeit*, Stuttgart, Rowohlt.
- Mac Gregor, Julian, Fortes, Abraham, Brüggmann, Annemarie, Rojas Bustillos, C – Valdés, Pedro- (1972) *“Programa para la especialidad en psicología clínica y Psicoterapia de grupo en Instituciones”*, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Machover, K. (1947) *“Personality Proyection in the Drawing of the human Figure*, Springfield, Chass C. Thomas.
- Marks, P. A. & Seeman, W. (1963) *“The actuarial Description of Abnormal Psychology”*, Baltimore, The Williams and Wilkins Co.
- Meehl, P. (1954) *Clinical and statistical Prediction*. Minneapolis, Minnesota University Press
- P. (1956) *“Wanted: A Good Cookbook”*, Minneapolis, *Journal op applied Psychology*.
- Megargee, E. (1966) *Métrica de la Personalidad*. México, Trillas. 2º vol.
- Menninger, Karl (1952) *A Manual for Psychiatric Case Study*. New York, Grunne & Stratton.
- Millan Theodor (1974) *Psicopatología y personalidad*, México, Interamericana.
- Missenard, André (1982) *L´experience Balint*, ed. Danod Paris.

- Moreno, B.; Oliver, C y Aragones, A. (1991), *El Burnout, una forma específica de stress laboral*. Manual de Psicología Clínica Aplicada, Madrid. Siglo XXI.
- Morgan, C.D. & Murray, H.A. (1935) *Method of Investigating Fantasies, the TAT*, New York, Archive of Neurological Psychiatry.
- Murray, H. A. & Morgan, C. D.(1935) *Thematic Apperception Test*, Cambridge, Mass. Harvard University Test
- Murray, H. A. (1938) *Explorations in Personality*, New york, Oxford University Press.
- Neumann, E. (1974) *Die Grosse Mutter*. Olten und Freiburg, Walter Verlag.
- Nuñez, R. 1a (1968), 3a (1994) Aplicación del MMPI a la psicología, México, El Manual Moderno.
- Oberholzer, E. 1931, *Zur Differentialdiagnose psychischer Folgezustände mittels des Rorschachschen Formdeutversuchs*, Bern, Zeitschr. Neurol. Huber
- Pascal,G. & Suttell,B. (1951) *The Bender Gestalt Test*. New York, Grune & Stratton.
- Pavlov, I. P. (1927) *Conditioned Reflexes, an Investigation of the physiological activity of the cerebral Cortex*. Oxford, University Press, Ney York.
- Payne, A.F., (1928), *"Sentence Completion"* New York, New York Guidance Clinic.
- Piaget, J. (1962) "Play, Dreams and Inutation in Childhood" New York, W. W. Norton & Co.
- Pintner, Rudolf. (1918) *Aesthetic Appreciation of pictures by Children*. Journal of Applied Psychology, Vol. 8
- R. (1938) Pintner General Ability Test, Verbal series. Pintner Intermediate Test, Form A., Grades V to VIII; World Book Co.
- Piotrowsky, Z.A. 1947, *Rorschach Compendium*, Psychiatric Quarterly  
Psychology, New York, Grove Press . 357-402.

- Rapaport, D. Gill (1945) *Diagnostic psychological testing*. Chicago, Yearbook Publishers
- D., Gill M. & Schafer, R. (1946) *Diagnostic Psychological Testing*, Chicago, Yearbook Publishers
- D. Gill, Schafer, R. & Gill, M. (1946) *Diagnostic Psychological Testing*, New York, International University Press.
- D. Gill, M. & Schafer, R. (1968 1ª Edición) “*Diagnostic Psychological Testing*”, New York; International Universities Press.
- D. Gill (1971) *Emotions and Memory*, New York, International Universities Press.
- Reik, Theodor (1952) *Listening with the third Ear*. New York, Farrar Straus.
- Rogers, C.R. (1942) *Counseling and Psychotherapy*. Boston, Houghton Mifflin
- Rohde, A.R., (1946), *Explorations in personality by the Sentence Completion Method*, *Journal of Applied Psychology*, vol 30. 169-181.
- Rorschach, H. (1920, 1921), *Psychodiagnostik*, Bern, Huber
- H. & Oberholzer, E. (1923), *Zur Auswertung des Formdeutversuchs*, Bern, Gesam Neurolog und Psychist.
- Rychlak, Joseph E. (1988) “Personalidad y psicoterapia”, México, editorial Trillas.
- Sacks, J.M. & Levy, S. (1959) “*The Sentence Completion Test*” en *Projective Psychology*, New York, Grove Press . 357-402.
- Schafer, R. (1948) *The Clinical Application of Psychological Tests*. New York, International University Press
- R. (1954) *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing*, New York, Grune & Stratton
- Schilder, P. (1935), *The Image and Appearance of the Human Body*, *Psychic Monographs*, London, Kegan Paul, French, Trubner
- Schmidt, H.G. (1967) *Der Lüscher Farbtest zur Diagnose der vegetativen Störungen*, Stuttgart, Die Therapie Woche.

- Scott, I. A. (1958) *The Luscher Colour Personality Test, statistical evaluation*, London, N W Road.
- Selye, Hans, (1956). *The Stress of Life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Silva García, Jorge. (1982) *Fromm y la comprensión de los sueños*. Madrid, Universidad Internacional Menéndez Pelayo.
- J. (1985) *Comunicación Personal*.
- Skinner, B.F. (1957) *Verbal Behavoir*. New York, Appleton- Century-Crofs.
- B.F. (1977) *Ciencia y conducta Humana*. Editorial Fontanella.
- Stampfl, T.G. (1967) “*Essentials of Implosive Therapy*” Chicago, Journal of Abnormal Psychology.
- Sullivan, H.S. (1949) *The Psychiatric Interview en Collected Works of H.S. Sullivan*. New York, Norton Company Inc. 3 - 244
- Tendler, A. D., (1930) “*A Preliminar Report in a Test for Emotional Insight*”, Journal of Applied Psychology. Vol. 14 . 123-136
- Uexküll, Thure von: *von der Psychosomatik zur integrierten Medizin*
- Thure von (1981). *Lehrbuch der Psychosomatischer Medizin, - Urban und schsoarzenberg – München Wien, Baltimore*.
- Valverde, C. (1976) *Cambios neurológicos con anfetaminas*, México, Cuadernos Científicos CEMEF, N° 6.
- Von Goethe, J. W. (1810) “*Farbenlehre*”, Frankfurt.
- Watson, J. B.; Rayner, P (1920) “*Conditioned emotional reactions*” Journal of Experimental Psychology, 3.
- J. B. (1924) “*Behaviorism*” New York, W. W. Norton & Co. Yuc.
- Wechsler, David (1939) *Wechsler- “Bellview Intelligence Scale”* New York, Psycological Corporation
- David (1997) “*Wechsler, Adult Intelligence Scale III*”, Psychological Corporation, (2001) Traducción, Manual Moderno, México.

- Welsh, G.S. & Dahlstrom, W.G. (1956) *Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine*, Minneapolis, University of Minnesota press.
- Wertheimer, D. & Schilder, P. (1923) *Studies in the Theory of Gestalt Psychology*, *Psychol. Forsh* 4, 301-350.
- Winnicott, D.W. (1964): "La familia y el desarrollo del individuo", Paidós, Buenos Aires
- Wohlfarth, H., (1957) *Psychophysische Auswertung der Versuche zur Bestimmung eines eventuellen Effektes von Farbstimuli auf das autonome Nervensystem*, Frankfurt, *Psychotherapie* 2 pp 86-94.
- Wolberg, Lewis (1967) "The Technique of Psychotherapy" Vol.1, New York Grune and Stratton.
- Wolpe, J. (1973) "The practice of Behavior Therapy" New York Pergamon Press Inc.