

FUNDAMENTOS EXISTENCIALES EN LA EXPLORACION PSICOLOGICA CLINICA

DR. GUSTAVO VARGAS MARTINEZ *

I. LA PSICOLOGIA CLINICA

Es natural que si intentamos un acercamiento al proceso psicológico clínico lo hagamos también al concepto de psicología clínica, no con ánimo de intervenir en tema tan complejo, aunque sí con la buena voluntad de aclarar ideas y desechar malentendidos. Porque de un tiempo acá se han confundido los campos profesionales de la psicología clínica con los de otras carreras o actividades, menoscabando el buen uso de cada una de ellas. Comprender las limitaciones de una ciencia es, en cierto modo, afianzarla y señalarle un derrotero seguro. En cambio, pretender eliminar su campo específico de acción es, frecuentemente, abusar de sus basamentos y poner en duda la afectividad de su metodología.

Así, por ejemplo, vemos cómo muchas de las técnicas proyectivas se han utilizado a la manera de las técnicas psicométricas, errando en cuanto a técnica como en cuanto a evaluación de los datos obtenidos. Y también nos preocupa la índole psiquiátrica que se toma con demasiada frecuencia con respecto a las pruebas de personalidad. Lo cierto es que, aunque concebidas para muy diversas investigaciones, las pruebas proyectivas, como la interpretación dinámica de autobiografías, cuestionarios, históricos, etc., no tienen un cariz psiquiátrico en rigor. Y confundir la psicología

clínica con la semiología psiquiátrica nos parece un error de perspectiva.

Otros autores suelen confundir los fines y los métodos de la psicología clínica. Se presume que el diagnóstico es el trabajo último del psicólogo. O que su actividad se concreta a la recolección más o menos de datos significativos. Realmente, en muchas ocasiones el psicólogo clínico asume la responsabilidad diagnóstica, pero no puede terminar en ella su actividad profesional, o no ser que se considere laboratorista del alma. Como podremos observar, su papel en el campo de las actividades mentales es el servir a la persona enferma coadyuvando a elucidar su problemática existencial, sirviéndose solo de la técnica como medio para lograr un acercamiento íntimo a la interioridad individual. Cuando se llega a vivenciar esta realidad profesional, el psicólogo no es ya coleccionista de datos o laboratorista, sino que ha penetrado en la razón última de su vocación. Se ha visto en la obligación de establecer un diálogo comprensivo —emático con el paciente.

Y es que no apellidamos la psicología clínica por el sujeto clínico, esto es, por

* Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional de Colombia; Doctor en Psicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México; Autor del Libro "Propedéutica Psicoclínica" (Ensayo sobre procedimiento psicológico clínico).

el trato y ejercicio con enfermos mentales, sino por el método clínico, es decir, por la utilización de técnicas en el buceo de la personalidad total. Así se nos hace fácil comprender porque la psicología clínica no puede ser tampoco una psicología médica, ni una psicometría, y aún menos una psicología especializada como creen entenderla algunos.

Compartimos completamente la opinión de *Allers*¹, *Jaspers*¹⁵, *Robles*¹⁹, y otros autores, en el sentido de que la psicología clínica está orientada preferentemente a la "comprensión" del paciente, con un sentido hermenéutico, interpretativo, existencial, y no con un sentido de "explicación" de la personalidad, es decir, hallando la relación de causa a efecto, de síntoma a causa del síntoma. Para nosotros, la psicología clínica va más allá de la explicación causal, buscando más el sentido del síntoma y su evaluación óptica que la simple constatación del hecho primario, la causa. Por eso afirmamos con *Jaspers*^{15,355} que no buscamos relaciones racionalmente (comprender de lo hablado) sino relaciones psicológicas o empáticas (comprender del que habla). Por estos conceptos podremos tomar apercepción de la persona humana con quien dialogamos y describir un designio recóndito, compenetrarnos de una existencia. Comprender es referir una conducta de valores, y a través de ellos, percibir una cosmovisión axiológica: si ello no fuere posible, es trunca nuestra labor psicológica y escaso el provecho derivado.

2. DIFERENCIAS CON LA PSICOMETRIA Y LA PSICOLOGIA MEDICA

Por lo afirmado atrás podremos comprender por qué la propedeútica psicoclínica difiere esencialmente de las exploraciones médicas y psicométricas. Fundamentalmente la medicina —esa medicina organicista de disección— busca en las exploraciones la raíz anatomofisiológica de la anomalía. Y, válganos el ejemplo, se explica la agresividad por

la acción de la ACTH y el subsecuente aumento de cortico-esteroides, o por la inusitada presencia de andrógenos⁹. O se explica y trata la homosexualidad con terapias quirúrgicas y hormonales^{18,64} y ss. y a base de choques eléctricos y metrazol. Todo ello no es otra cosa que explicaciones causales de una sintomatología. Y, desde luego, una terapéutica causal. Ese es el método de la medicina. Y la psicología médica, como bien lo ha precisado *Kretschmer*, no más que el "bagaje" de conocimientos psicológicos que naciendo de la práctica o ejercicio del médico, le sean necesarios a éste en su ejercicio profesional. Es, por tanto, una psicología clínico-médico, y no, como quremos anotar, una psicología clínico-empática. Además, está ya visto que la actividad del psicólogo clínico no se halla orientada exclusivamente hacia el trato de enfermos mentales, y que se llama clínica más por la metodología que por el sujeto de la práctica profesional. Si así no fuere, tendríamos una psicología psiquiátrica y nunca una auténtica psicología clínica.

Y si la diferencia con la psicología médica la anotamos derivándola del objeto de la misma, con la psicometría hallaremos una diferencia de técnica. La prueba psicométrica, el test, se interesa por la precisión, la cantidad, el tiempo de reacción, el cronómetro. En su lugar en la clínica no se miden aciertos o fallos, ni tiempo de reacción (salvo en casos en que interesa) relativamente, como en el *Rorschach*, si no que buscan, antes que todo, la calidad y la circunstancia de la prueba. En la psicometría hay un control técnico-mecánico, en la clínica un control "del sentido del habla". Y lo máximo que se interesa, al igual que en la psicología dinámica, es el logro de situaciones catárticas, de transferencia, de proyección (*).

* El eminente psiquiatra, filósofo y psicólogo, Doctor *Honorio Delgado* al comentarnos decía: "Me parece que el psicólogo clínico renuncia a un dominio importante de su com-

Otra variante que se suele presentar es la de evaluaciones colectivas a las que preferentemente se presta la psicometría. Valorar correctamente cuando el uso *individual clínico* o el *genérico estadístico* nos ofrece datos más seguros, es virtud del psicólogo o exigencia de la investigación. Pero de hecho la psicología clínica se entiende con personas, sujetos, y no con comunidades. Y aún en el caso de requerirse una investigación *in genere* por métodos proyectivos, se corre el riesgo de escatimar valor a los resultados. Porque la técnica psicoclínica es eminentemente casuística, y nunca estadística. Poco valor tiene el que afirmemos un resultado normalizado en el test de Rorschach en un alto número de personas; pero si decimos que la medida de esa persona, en coeficiente intelectual, está determinada en X valor, es decir un dato cuantitativo, habremos obtenido una base de un significado indudable.

3. LA PRUEBA CLINICA

El método clínico se halla aún muy confuso. Se hace casi imposible encontrar una positiva exposición sobre una teoría epistemológica de las pruebas clínicas proyectivas. Pero al menos, debe preocuparnos el papel que el material en sí juega durante la elaboración de un diagnóstico. Indudablemente que la menor o mayor susceptibilidad de un sujeto para responder a un material inestructurado que se le presenta, con intenciones de que él lo estructure y nos

potencia si rechaza de su actividad la práctica de la psicometría. Parte principal de la psicometría es la medida de la inteligencia, cuya apreciación me parece que es cometido propio del psicólogo clínico. Así como los métodos experimentales que expone, entre otros, Eysenck en: "The Dynamic of anxiety and Hysteria". En realidad conceptuamos que el psicólogo clínico no debe circunscribirse a los alcances del test psicométrico, y aunque lo use, su objetivo es ir más allá del signo o del nuevo dato, como en el caso específico del C.I. (I.Q.)

muestre así su propia personalidad, hace que la prueba clínica sea menos o más beneficiosa. Pero la incontenible necesidad de los psicólogos de hace unos lustros por hallar objetividad a los métodos usuales, deformó en cierta forma la verdadera índole clínica y la finalidad esperada en las pruebas de personalidad. Rorschach y Stern, p. e., con sus manchas de tinta buscaban deducción clínica y también una pauta sistemática. La actual doble tendencia de utilizar el diagnóstico dinámico de sus técnicas psicológicas se nos antoja simbólica de la nueva situación que presenta la psicología clínica actualmente.

En todo caso, cuando el paciente encuentra un material excitativo de la afectividad (manchas de tinta o láminas con figuras en acción), esas situaciones operan con estímulos para que el paciente vuelque en ellas sus contenidos vivenciales. Esto sucedió desde la publicación de los primeros materiales psicológicos clínicos, desde los ensayos prerorschachianos hasta las pruebas analíticas de hoy.

4. VALOR EXISTENCIAL DE LA PRUEBA CLINICA

Lo importante de la metódica clínica es el contacto captativo-simbólico con el paciente. No a la manera psicoanalítica, porque se intenta hacer un estudio de personalidad y no una psicoterapia, ni a la manera antropológica porque no buscamos características socio-culturales en la simbiología del paciente, sino a la manera existencial, logrando una comprensividad real de la problemática subjetiva, procurándonos la captación del sentido del símbolo mismo (*).

* Analizando la definición "inexacta" de la *psicología clínica* que en 1935 redactó The Clinical Section of the American Psychological Association, el Doctor O. Robles (*Objeto y tarea en la psicología clínica*, en Actas del I Congreso Interamericano de Psicología Cd. Trujillo, 1955 pág. 139) dice que: "Es

En cierto modo, el *Inderweltsein* heideggeriano debe conducirnos a una presentación gnoseológica del paciente, en circunstancias precisas, *hic et nunc*. Una visión así de aguda nos permite ir más allá de la mera especulación psicológica ir casi hasta la existencia misma del sujeto. Sólo un estudio que valore la existencialidad como una auténtica relegación a valores, cualesquiera que ellos fueren, como un estar-en-el-mundo, y a ello le dé el debido toque realista, puede considerarse apto para el diagnóstico, sea o no sea nosográfico.

Para el sentido común, estas expresiones existencialistas parecerán truísmos, y sin embargo, para la filosofía y la psicología clínica tienen implicaciones de mérito. Para la ética significa un desafío al concepto tradicional del hombre en sí mismo, individualista, independiente del espacio y del tiempo. Para la gnoseología, un desafío al concepto clásico de un sujeto que, extra-espacial y extra-temporal, es un sujeto sin mundo. Para la psicología, en cambio, una corroboración y una asimilación no teórica sino real, verdadera, que amplía los términos del "rapport" a una relación existencial con el medio. Y no solamente con el *Inderweltsein* sino, además, con una relación implícita, el *mitsein*, el ser-con-nosotros.

Pudiera parecer que esta tentativa por hallar valor existencial a la metódica

opinión nuestra que la *Psicología clínica* no constituye una forma o modo de aplicación de la psicología sino más bien un *tipo de psicología*, aquella psicología que esencialmente se caracteriza por el empleo de métodos comprensivos, con lo que excluye, o por lo menos se subordina a los métodos explicativos que utiliza la psicología llamada experimental. Ey "aprochement de l'individuelle", como explica Daniel Lagache no puede dar valor primario a los métodos cuantitativos, ni a los métodos rigurosamente experimentales, como son los métodos de laboratorio. El empleo de los tests psicométricos en *psicología clínica* deberá estar por completo subordinado al espíritu *clínico* que los elige, los aplica y los interpreta".

psicológica se hace incierta e inconsciente. Pero para nadie debe ser un misterio el hecho de que en la proyección psicológica a entidades extrapersonales (hechos, láminas, personas extrañas) involucramos tanto del mundo y de los otros, que se hace necesario encontrar una fundamentación teórica exenta de perjuicios psicologistas. Todo, creemos, ha surgido desde que el "test" acaparó la atención de los psicólogos, concretando todo esfuerzo en "medir" las estructuras parciales de la personalidad, así como la psicología zoológica, al decir de PIERON, y la psicología instintiva, se orientaba hacia los estratos inferiores, animales o elementales de la personalidad. Exponiendo ideas similares, BARUK^{4,109} nos muestra cómo, poco a poco, la conciencia moral, los fenómenos de la voluntad, los sentimientos, eran abandonados en provecho del subconsciente, de los automatismos, del instinto. Se decapitaba así horrendamente y sin escrúpulo la integridad de la personalidad humana.

Por lo demás, nadie intenta medir por técnicas proyectivas sólo el fenómeno de "identificación", o el de "núcleos inconscientes reprimidos". Lo verdaderamente finalístico de la prueba clínica es la personalidad total, sin remiendos, entendida como una estructura nueva, única y diferente a la misma suma de sus partes. Esa es inquietud de todos los psicólogos, y no es dable seguir en un error heredado de psicologismo métrico. Decía Heidegger^{14,116} mucho antes que el psicoanálisis: "La clarificación del *estar-en-el-mundo* mostró que no hay al principio su sujeto sin mundo, que no es nunca *dado*. Y así, finalmente, tampoco hay al principio un Ego aislado, dado sin los otros Egos".

5. EL OBJETO DE LA EXPLORACION PSICOCLINICA

A esta altura debemos prestar atención a la pregunta ¿Qué es lo que va-

mos a observar mediante las técnicas psicoclínicas? Habíamos insistido suficientemente en la captación del *sentido del símbolo* como meta natural del trabajo nuestro, mas ahora se hace preciso señalar la connotación de los *signos externos* de la persona en observación psicológica, los cuales nos servirán de base diagnóstica y de juicio clínico para nuestras perspectivas ulteriores. Al final del esquema adjunto, elaborado por nosotros, anexamos un apéndice psiquiátrico, por la frecuencia del trato de pacientes psicóticos por los psicólogos clínicos en manicomios, hospitales, etc., con la debida advertencia de que toda labor psicológica debe ir precedida — o al menos, acompañada — de exploraciones médicas y psiquiátricas generales preliminares. El papel del psicólogo, en este caso, es el de refrendar mediante pruebas proyectivas la obra iniciada.

ESQUEMA DE EXPLORACION

5. 1. Inteligencia: General, especial, reproductiva, original, creadora. Memoria, aptitudes generales o específicas. Atención centrada o dispersa. Coordinación motora.

5. 2. Conciencia: Ubicación en tiempo y espacio, sentimiento y sensación de enfermedad. Críticas al medio social y familiar, ideación, conciencia moral. Factores positivos o negativos de adaptabilidad.

5. 3. Vida instintiva: Tensiones anti-sociales, agresividad, aversiones sexuales.

5. 4. Vida afectiva: Desórdenes en planos superficiales (carácter, temperamento) o en planos profundos (conflictos, etc.) Inadecuación, inadaptación, inmadurez.

Sintomatología psiquiátrica: Síntomas psicomotores. Alucinaciones sensoriales y de la cenestesia. Ideas delirantes. Delirios persecutorios. Ideación psicótica,

transtornos del yo y despersonalización, alucinaciones visuales, auditivas marginales o accesorias, etc. . .

La exploración psicoclínica comprende muchos otros puntos que se obtienen en la práctica diaria. Este esquema pretende servir de división *grosso modo* de las entidades psicológicas por investigar.

6. LA ENTREVISTA INICIAL

La mayoría de los autores con definida orientación psiquiátrica conceden enorme importancia a la entrevista como factor decisivo en el diagnóstico previo. *Appel* y *Strecker*², *Loutti*¹⁷ y *Billings*⁶, entre otros, determina una serie de pautas a seguir con cierta constancia, y algunos más, como *Wells* y *Ruesch*²² pormenorizan detalles de significación. Por el contrario, los autores son eclécticos en estos casos, y se empeñan en señalar cuando conviene o es adecuado el uso de pautas o cuando deben deshecharse. En todo caso, lo positivo de una entrevista psicoclínica, es, más que el acopio de referencias o señales, el lograr una fácil captación de la problemática del entrevistado desde "su punto" de vista, como lo aconseja *Baruk*^{4,149}: "La meta es, en un intento modesto, con paciencia incansable, tratar de escudriñar en medio del caos patológico el eco de esta *personalidad profunda*, en la cual, a semejanza de la vieja leyenda de Ys, la voz no se percibe sino intermitentemente, perdida en medio del oleaje. ¿Y cómo hacerlo? Primero, por la actitud del médico, actitud sincera y de legalidad absoluta. Para realizar esta actitud en forma eficaz, todo esfuerzo debe dirigirse no sobre el enfermo, como tiene lugar en la mayoría de los métodos psicoterapéuticos, sino sobre sí mismo. Primeramente, la actitud del enfermo parece incomprensible y absurda, pero no se trata de decirse "es él quien se engaña y yo debo dirigirlo hacia mí", sino al contrario, "soy yo quien no lo comprendo".

Así, que en lugar de signos, la actitud auténtica del psicólogo es buscar *símbolos significativos* de la personalidad en conflicto. Por su parte la *actitud* del examinado puede ser *manifiesta o encubierta*, lo cual usualmente se valoriza como el medio o "lenguaje" del enfermo para expresarse. Por ello, en múltiples ocasiones el psicólogo anotará *símbolos* de distinta validez, algunos patonómicos de una actitud propia. Muchas veces un gesto, un decir, un amaramiento se hace de valor inapreciable.

Las entrevistas suelen ser libres o planeadas, entendiéndose por tales, en primer lugar, las que no exigen una guía rutinaria y, en segundo lugar, las que la utilizan. Pero en ningún momento debe ser estricto el uso de la guía en caso de usarse, ni desordenadas en caso de realizar entrevistas libres. El orden debe prevalecer para hacer más eficiente nuestro interrogatorio. En tal sentido, presentaremos los aspectos que debe abarcar nuestra entrevista, tales como la iniciación, la impresión general, la recolección de datos y la impresión previa.

7. 1. INICIACION DEL INTERROGATORIO

Siguiendo las pautas reseñadas por *Baruk*, se aconseja iniciar con las más elementales normas de cortesía, procurando el examinador dar una sensación de seguridad al solicitante. En muchos enfermos, especialmente demencionados, esta práctica se hace inocua, pero no debe abandonarse ante la posibilidad de hallar algún tipo de respuesta. El psicólogo procurará ser quien menos hable durante la entrevista acicateando la profusión de informes del sujeto del examen siempre que no desvirtúen la pauta a seguir. Las preguntas deben ser claras y precisas, sin utilización de terminologías incomprensibles para el enfermo. *Kretschmer*¹⁶ distingue cuatro fórmulas de preguntas en enfermos procesados:

1. ¿Quiere usted decirme por qué se encuentra aquí? (Pregunta no sugestiva).

2. ¿Siente usted dolores o no los siente? (Pregunta dilemática).

3. ¿Le duele en alguna parte? (Pregunta sugestiva o pasiva).

4. ¿Usted tiene dolores, no es verdad? (Pregunta sugestiva activa).

Sin embargo, en la práctica con personas normales y ciertos neuróticos, las preguntas pueden ser diferentes, esto es, las que sugieren datos e informes sobre cuestiones generales. La misma charla dialogada llevará el tema al punto preciso.

7. 2. IMPRESION GENERAL

Algunas características del sujeto dan una idea somera sobre su personalidad. Se han señalado las relacionadas con la morfología general, observándose las malas conformaciones congénitas o adquiridas, el comportamiento frente al psicólogo clínico, las manifestaciones explosivas, francas, reticentes o larvadas, el arreglo personal descuidado, exigente o rebuscado, la expresión facial rígida, adusta, mongoloide o endeble, en fin, el tono y modulación de las respuestas. El psicólogo clínico hábil podrá adquirir en la práctica diaria una facilidad especial para saber adaptarse a las exigencias clínicas de la entrevista, mostrándose expansivo y confidente en casos, y en otros metódico y severo, pero siempre espontáneo, sincero y legal.

7. 3. RECOLECCION DE DATOS

Tanto los informes recibidos en los diálogos como los tomados de la observación directa se irán anotando cuidadosamente y con la mayor exactitud posible, a fin de no desvirtuarlos en posteriores manejos. La experiencia señala que, junto a la historia psiquiátrica o a la historia psicológica general que se lleve del consultante, el psicólogo clí-

nico debe hacer lo suyo, siendo expositivo y concluyente en sus anotamientos. Una hoja en la que se señalen las más interesantes observaciones obtenidas cada vez que se registra al enfermo, debidamente fechada, no obstaculiza grandemente la labor y sí aporta beneficios evidentes. Naturalmente, esta "hoja de registro" es sólo una constancia de la entrevista y nunca debe confundirse con la anamnesis, el resultado del interrogatorio o la historia psicoclínica específica. Por regla general, esta guía de consultas es controlada por las mismas directivas hospitalarias.

7. 4. PRIMERA IMPRESION

Basado indefectiblemente en las referencias recogidas, el psicólogo clínico debe formarse una idea elemental y primaria sobre el sujeto de la consulta, así en planos emocionales y afectivos como en niveles intelectuales. Usualmente esta primera impresión determina dos circunstancias clínicas que debe sortear el examinador: 1: la normalidad o anormalidad manifiesta en el paciente, según el criterio tradicional seguido en la entrevista; y 2º En caso de ser evidente un trastorno de personalidad especificar la incidencia y constancia de la sintomatología neurótica o psicótica. Se acostumbra en casos negativos, señalar el *Tipo Psicológico* del consultante y las razones que determinaron, al parecer, la visita al psicólogo clínico (*).

* Señalar el "tipo psicológico" de una persona es sumamente útil, pero sumamente difícil. Porque implica generalizar y definir una conducta, es decir, objetivizar, retrotraer el esfuerzo interpretativo a una descripción. H. Pierón, en su libro *La Psicología Diferencial* (tratado de psicología aplicada, Libro I.J., Kapelusz, Buenos Aires, pg. 102), anota sobre este punto: "La cuestión de los tipos mentales ha sido especialmente examinada desde el ángulo de las diferencias de aptitudes. Pero para definir las personalidades individuales, se concede una importancia dominante al "carácter", es decir, al conjunto de rasgos que deben considerarse? Los ensayos de caracteriología se han encontrado, desde el punto de vista del lenguaje ante una materia ex-

A esta primera impresión se le ha llamado "el homúnculo" de la personalidad, queriendo significar la visión globalista de sus caracteres. Sobre esa imagen construída a base de la recolección de datos se irá a estructurar más tarde una imagen más certera sobre la personalidad del paciente. Se considera que en todo entrevistador debe existir, la final, y debido a sus estudios y práctica, un retrato más o menos integral del individuo. Lo ideal en psicología clínica, sería crear un "homúnculo vital", desde la visión o punto de vista del enfermo. Ello facilita la obra diagnóstica y sirve para hacer las transformaciones necesarias en el trabajo psicoterapéutico.

Los juicios extractados de esta metódica sólo pueden evaluarse en tanto sean pronósticos y no bases historiográficas. Esta precaución suaviza la responsabilidad del psicólogo y dejan, a su vez, abiertas las posibilidades para nuevos juicios o cambios de los existentes. El psicólogo clínico debe estar seguro de que su labor es diferente a la del psiquiatra, en cuanto a entrevistas se refiere, y que por tanto sus conclusiones pueden abarcar campos no señalados en la historia psiquiátrica. Su caudal de informes es, de suyo, más amplio, y el acopio de datos en una entrevista puede estar visiblemente modificado en la siguiente. Su papel es lograr situaciones catárticas con un mínimo de sugerencias y con la mejor libertad en la relación interpersonal. Esa es, al menos, la idea de muchos psicólogos clínicos como *Garfield*^{11,196}, *Bingham*⁷, *Ga-*

traordinariamente confusa. En efecto nuestras lenguas de civilización, en ese dominio han permanecido en el estudio en que se encuentran las lenguas primitivas para la designación de los hechos físicos, y comprende una pluralidad de expresiones verbales matizadas, que designan aspectos sincréticos particulares, desde el ángulo de apreciaciones de valor, faltando términos conceptuales generales y objetivos. Y los esfuerzos de sistematización han seguido siendo muy heterogéneos."

ret¹² y otros. *Sullivan*, por su parte, aconseja una alerta y fina sensibilidad por parte del examinador para captar cuanto diga y haga el paciente²⁰. Y siempre, finalmente debe señalarse que el principal fin de la entrevista no es acumular una información verbal del paciente sino lograr entendimiento del enfermo y sus interrelaciones con el exterior.

7. FORMULARIO PARA UNA ENTREVISTA INICIAL

Algunos formularios o guías estudiados por nosotros se hallan grandemente amplificados por lo cual su uso se hace difícil y poco práctico. Especialmente nos referimos al presentado por *Wells* y *Ruesch*^{22,5,12}, con un sumario adicional muy recomendable para estudios integrales. *Garfield*^{11,201} tiene publicada una relación de diez factores a investigar en las elaboraciones de casos. *Vallejo*^{21,15} reproduce en su libro pedagógico "Propedéutica clínica psiquiátrica", él utiliza en el servicio psiquiátrico de Ciempozuelos, del cual tomamos sólo algunos datos para nuestro esquema que transcribimos a continuación, procurando delucidar en esta entrevista inicial el carácter psicótico, neurótico o conductal del paciente en consulta.

FORMULARIO PARA UN INTERROGATORIO ORIENTADOR DEL DIAGNOSTICO

7. 1. DATOS SIGNALITICOS

¿Cómo se llama?... ¿Cuántos años tiene?... ¿Está casado?... ¿Tiene usted hijos?... ¿Cuántos?... ¿A qué edad?... ¿Sabe leer y escribir?... ¿Qué educación ha recibido?... ¿A cuánto ascienden sus ingresos?... ¿Cuál es su oficio básico?...

7. 2. ORIENTACION TEMPORAL Y ESPACIAL

¿Podría decir qué fecha es hoy?... ¿Qué día?... ¿Y el mes?... ¿Sabe us-

ted en dónde está?... ¿Por qué está aquí?... ¿Quién lo trajo?... ¿Y dónde estaba hace un mes?... ¿Y en dónde de la navidad pasada?... ¿Podría sugerir qué altura tiene este cuarto?... ¿Qué recorrido hizo para venir a verme?... ¿Dónde está el Oriente?... ¿Y el Norte?... ¿Cuál es el pueblo más cercano?... ¿Quién soy yo?... ¿Qué hago actualmente?... ¿Qué otras personas viven en esta casa?... ¿De qué nos ocupamos en esta casa?...

7. 3. FUNCIONES MENTALES

Diga cuanto vea en la habitación... Ahora repítalo con los ojos cerrados. ¿Podría decir cuántas cosas hay dentro de una iglesia?... ¿Cuántas clases de frutas conoce usted?... ¿Identificaría usted estas figuras?... (se muestran patrones) ¿Y estos animales?... ¿Cómo se llamaba el presidente anterior?... ¿Conoce esta fotografía?... (el máximo héroe nacional).

7. 4. PROBLEMATICA VITAL

¿Se siente enfermo?... ¿Qué le duele?... ¿Es usted triste o alegre?... ¿Desearía vivir de otro modo o como vive?... Le molesta el orden social que se ha establecido en el país?... ¿Cree que usted es un incomprendido?... ¿Se reprocha usted sus acciones?... ¿Cree que su conciencia le atormenta?... ¿Envidia a algunos en su modo de vida?... ¿Alguien en particular le tiene fastidio?... ¿Alguien le persigue?... ¿Es feliz en su matrimonio?... ¿Algo le incomoda en sus relaciones sexuales?... Dado el caso de poder escoger de nuevo una esposa, ¿escogería otra?... Si tiene hijos, ¿cree que le imitan a usted?... ¿o le critican?... ¿Cuáles son sus criterios sobre los fracasos matrimoniales?...

7. 5. PROSPECCION EXISTENCIAL

¿Qué proyectos tiene para el futuro inmediato?... ¿Qué estimación se tie-

ne usted mismo?... ¿Qué lugar cree que le corresponde en el mundo?... De los intereses nacionales (políticos, económicos, religiosos, artísticos, etc.) ¿cuál cree usted que es preferencial?... ¿Qué bondades ve usted en la actual estructura social?... ¿Sufre usted por miedo de no hacer algo más importante en la vida?... ¿Supone usted que haga sufrir a los demás?... ¿Frecuentemente hace examen de sus actos y trata de ordenar su vida según su modo de pensar?... ¿Le cansa o le molesta afrontar problemas de esta índole?... ¿Se angustia al ver que no puede darles solución?...

7. 6. ACTITUDES MORALES Y RELIGIOSAS

¿Qué haría si se encontrara una billetera llena de pesos?... ¿Cómo estima usted la valentía, la hombría, la honradez?... ¿Cuándo se dice que una persona es noble y correcta?... ¿Y cuándo que es mala?... ¿Qué admira más de los hombres?... ¿Y de las mujeres qué?... ¿Qué diferencia encuentra entre amor y odio?... ¿Y entre avaricia y ahorro?... ¿Cree usted que la religión le sirva de algo?... ¿Ha modificado su modo de pensar sobre cuestiones religiosas?... ¿Le causa mucha inquietud preocuparse por ello?... ¿Cree usted que tiene un modo muy personal de ver la religión?... ¿Espera algo más de ella?...

Es incuestionable que la eficacia de esta guía radica en la fluidez y habilidad experimentada durante la entrevista, la cual debe reducirse a un "cuestionario vivo y flexible (ajeno a toda rigidez y a toda pretensión judicial), lo que indiscutiblemente comunica a la entrevista una superioridad en relación con el cuestionario escrito y con cualquiera otra prueba de tipo clínico. La finalidad primordial de la entrevista diagnóstica, como la de las demás técnicas a ella asociadas, es la comprensión del paciente. Todo el interés de la entrevista se con-

creta de este modo en la individualidad del entrevistado" (19, 100). En el caso presente hemos introducido la presentación de imágenes gráficas en el párrafo 7.3. con la intención de hacer más productivo el contacto inicial y de prestar alguna variedad durante la sesión. Además, la amplitud y ambición del interrogatorio será medio propicio a despertar aspectos específicos del paciente.

Este cuestionario, está redactada en forma de niveles de exploración cada vez más complejos. En consecuencia, habrá casos que, según la categoría y estado mental del consultante, se inicie el interrogatorio al analizar la problemática vital (7,4) niveles estos que ya no exigen tanto seguimiento del cuestionario sino agilidad y tino del psicólogo en la orientación del interviú.

Como puede constatar, los primeros párrafos están orientados a obtener identificación, ubicación en tiempo y espacio y algunas características de lucidez mental. En los párrafos posteriores se busca tomar conciencia de si mismo, conciencia moral. Es presumible que, con las anotaciones recibidas, el psicólogo clínico pueda formar una *primera* impresión holgada y fundamentada del paciente o consultante. Sin embargo, aunque notoria la índole psíquica del cuestionario no perjudica la exploración de personalidades neuróticas ni obstaculiza. Con flexibilidad, el mismo enfermo dará la tónica necesaria.

8. LA UNIDAD DE LA PERSONA HUMANA

En el momento en que la psicología clínica aparecía como actividad específica dentro de la práctica hospitalaria, la psicología tradicional afrontaba un grave problema teórico: No se había llegado a un acuerdo sobre la identidad de lo humano. La psicología wundtiana, atomista, trató de limitar la psicología a una serie de hechos simples, leyes y teorías, descuidando —al decir de Gemelli^{13,12}— "la significación interior de

la vida psíquica". Una reacción fue la revolución freudiana que impuso una dinámica única para los móviles de la infraconciencia. Pero como aquella quiso inspirarse en la fisiología clásica, ésta se orientó hacia la física y tomó mucho de sus estructuras y postulados. Pero lo realmente útil para la psicología clínica ha florecido últimamente al presentar una posibilidad de estudio basada en una primera y más valedera posibilidad interpretativa, la interpretación de un hombre integral, con una existencia viva y subjetiva. Este estudio debería ser así solamente *antropológico*, en el sentido etimológico del vocablo.

Por estas razones, descartando perjuicios filosofistas o psicologistas que pudieran señalar un derrotero equívoco o tendencioso, la psicología clínica como ciencia del siglo veinte, representa una exclusiva posición para la exploración de la personalidad integral. El método, rudimentario aún, es preocuparse más por la *acción* que por las leyes que rigen los actos humanos: estas tendencias se comparan en las psicologías contemporáneas, así sea de los biodinamistas, de los psicoanalistas y de los psicólogos existenciales. La preocupación por el QUE ES el hombre se abandona a las versiones filosóficas, y se intensifica la posibilidad de hallar un ángulo desde el COMO ACTUA ese hombre. Más que la *esencia*, diríamos, hay una directa orientación hacia la *existencia*. Al menos, ese es un trabajo eminentemente clínico, ajeno a toda suerte de estructuraciones teóricas.

A nuestro entender, estas posibilidades de la psicología clínica han fundamentado razones para un criterio unificado de la persona humana. Varias ventajas nos auxilian; 1. La psicología clínica es concreta, se reduce a un caso específico y actual; 2. El estudio de la conducta nos permite reconocer unos mismos móviles infrapsíquicos, hallar una relación basada en una unidad sustancial y profunda; 3. Las posibilidades de in-

vestigación son subjetivos, individuales, centradas en el cliente; 4. No necesariamente se precisa de una teoría *apriorística* para dar explicaciones causales de los logros clínicos. Antes, por el contrario, el hábito de la investigación general una versión exclusiva de su metódica, una doctrina a *posteriori* sobre la persona humana. Esa es, anotamos, una de las pretensiones más notorias de algunas psicologías contemporáneas: matrícula la psicología clínica como una posibilidad demostrativa de su teoría.

Esta pretensión, unida a otras varias, ha creado el caos en cuanto a unidad de la persona humana y a unidad de la enfermedad psíquica. No hay por qué insistir en si la enfermedad mental es puramente psicógena o somatógena, porque no lo es. La actual tendencia es presentarla como una desarmonía interior, una "desorganización" —Baruk,³— única somato-psíquica. Y por eso, también, la etiología mental no solamente está ceñida a la inconsciencia sino que incluye valores externos de la conducta, de los valores, de la conciencia moral. Se ha llegado a afirmar como, por ejemplo, la conducta neurótica es el reflejo de una mala conciencia, y que esa misma actitud señala una posición de ventaja, un intento parcial de restablecimiento —Caruso⁸—. La anterior deificación de lo inconsciente a planos supravvalorados, en que todo lo explica una omnipotencia libidinosa, cede de tal suerte a una concepción que admite su categoría pero excluye su validez universal. Sin embargo, esto que parecía obvio requirió de maduración dentro del avance psicodinámico.

Las diferencias entre las psicologías psicogénicas y las psicologías organicistas quedan así establecidas sobre terrenos superados. La validez del argumento antropológico y existencial solo podría encontrar respaldo en una psicología clínica ajena a las explicaciones parciales, unitaria y comprobatoria de hechos, es decir, una psicología fáctica. Ni si-

quiera la medicina psicosomática podría tener cabida uniendo cuerpo y alma, sino explicando y comprendiendo las interrelaciones existentes entre ellos y otorgándoles una captación más que causal.

Decía con razón *Koffka*: “El todo es más que la suma de sus partes, porque sumar es un procedimiento que no significa nada, sino totalidades, lo cual es de suyo, una nueva y diferente realidad. Por ello, quien sufre y tiene conciencia de un conflicto no es un núcleo traumático reprimido, ni siquiera es su conciencia. Dice *Gemelli*^{13,56}: “Cada uno de nosotros se siente autor único e idéntico de los sentimientos que en otro tiempo experimentó su alma o de las acciones que realiza o han realizado en el pasado; sus recuerdos los refiere a sí mismo; en una palabra cada uno de nosotros tiene la experiencia de su propia unidad personal; es, así, un axioma. “Pero también el hombre ve que sus experiencias pueden tener por sujeto a otra individualidad; adquiere así conciencia de un mundo subjetivo y de un mundo extracorpóreo. Y, así argumentando, se ubica en relación a una existencia íntima, a una temporalidad y a una espacialidad. *Existir religados a tiempo y espacio*, es naturalmente, tener conciencia de nuestra individualidad *una y continua*. Con ello, volvemos a la idea inicial de nuestro trabajo: la conciencia de mi-mismo corrobora la existencia de mis interrelaciones, de mi ser-con-otros. En pocas palabras, afirmamos con *Jaspers*¹⁵ la necesidad de relacionarnos con otras existencias, de religarnos de un modo trascendente¹⁰. Y aunque ya admite como frase hecha, la sentencia heideggeriana nos obliga a calificar nuestro intramundo en relación de un perimundo: “Existir es coexistir”.

Y aún a riesgo de recibir críticas por divagar en intenciones filosóficas, tendremos que manifestar la evidencia que nos asiste en el sentido de que la existencia es un problema psicológico emi-

nentemente. La filosofía esencialista podría amparar tendencias objetivas en la escudriñación de lo que el hombre ES, más nos corresponde ahora, históricamente abrogarnos la responsabilidad de investigar sobre lo que el hombre HA-CE. Y si aquél era el campo metafísico, éste, nuestro campo, podremos compartirlo en la tarea diaria frente el enfermo mental.

9. LA UNIDAD DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Si nos hemos dedicado a hacer consideraciones teoréticas, incluyéndolas en los prolegómenos de nuestro trabajo, es por dos razones. La primera, a manera de admonición al psicólogo clínico de hoy, confundido ante la arbitrariedad de las teorías psicológicas existentes en las que, algunas, reclaman pertenencia y posesión del método clínico. La otra razón es la de participar en la práctica profesional con un criterio sintético vital. E insistimos: No una síntesis acomodaticia por yuxtaposición, sino una síntesis concebida por la doble actividad introspeccionista y clínico experimental.

Queremos entender que esta unidad de la personalidad es la que sufre como una totalidad durante los procesos desadaptativos. Y así, una personalidad en crisis es una personalidad “desfundamentada” (*Jaspers*), “desorganizada” (*Baruk*), “inauténtica” (Existencialismo). Estos trastornos pueden ser de intensidad y grados muy variables. Los son a veces superficiales, tocando problemas de relación con el perimundo, aun cuando ligeros, suficientes para ser percibidos subjetivamente pero tan poco definidos que dan signos de importancia en el comportamiento aparente. Son las *neurosis*. A veces, más protuberantes, perturban toda la estructura personal, el enfermo se aísla del mundo, confunde las entidades espaciales y temporales, se desubica y disloca. Estas son la *psicosis*. En ambos casos, así observado, se trata de una situación de intensidad.

Este fenómeno ya connotado por muchos alienistas de escuelas disímiles (*Ey Meyer*) ha merecido que *Baruk*^{5,12}, lo exponga bajo el nombre de la *ley de los estados*. Y así ratifica^{5,41,2}: “Vemos que el dominio de las neurosis y de las psicosis corresponde a un cierto número de trastornos funcionales radicados especialmente sobre la iniciativa, la voluntad, la sensibilidad general, las funciones psicosenoriales, la corriente del pensamiento y la asociación de ideas, el carácter y el humor, la conciencia moral y el comportamiento. Estos trastornos pueden ser ligeros, de tal forma que el enfermo tiene conciencia de ellos, se resiente y queja pero sin ser demasiado marcados para influir en la presentación y el comportamiento sociales: Son las neurosis. O bien, estos trastornos se acusan, al grado de perturbar ostensiblemente el comportamiento social; en lugar de subjetivas se han objetivado: son las psicosis. Es fácil comprender, entonces que entre neurosis y psicosis no existe más que una diferencia de grado, aunque la clínica demuestre como raro el caso de un pasaje neurótico a una psicosis auténtica”. “En realidad, si existen grandes variedades en los mecanismos evolutivos, obedece a la *ley de los estados* que hemos concebido en la forma siguiente: en la forma evolutiva completa, se ve suceder la depresión inicial acompañada de malestares físicos prodrómicos; después el estado subjetivo del síndrome de influencia con la impresión del aprisionamiento de la voluntad; después el estado disociativo con incoherencia; después el estado de apariencia demencial. Pero todos estos estados son inminentemente reversibles; por ejemplo, la enfermedad, desandando camino y retornando hacia la curación, recorre en sentido inverso todos los estados precedentes. Por otra parte, ella puede fijarse en un momento dado sin importarle en qué estado se halle, pudiendo ser depresivo o angustioso. Esta ley de los estados, esencialmente clínica, nos parece más práctica que las concepciones

neo-Jacksonianas (*Ey Rouart, Delay L.* etc.) quienes conciben la enfermedad mental como disoluciones progresivas funcionales; naturalmente, una y otra se concilian siendo un tanto flexibles y dejando la rigidez nosográfica inexacta en cuanto a enfermedades mentales”

Aún más, esta anotación parece hallarse en S. Freud cuando determinaba cómo un conflicto neurótico podría manifestarse como neurosis traumática o como neurosis actual, pudiendo la primera trascender a la segunda y finalmente aparecer como psiconeurosis, en casos de interurrencia. Además, una entidad nosográfica, la histeria, podría manifestarse en un doble plano psíquico y somático manifestándose entonces una histeria de ansiedad o en una histeria de conversión.

El síntoma conversivo, aparece de tal suerte unido a la posibilidad de una respuesta única por parte de la personalidad y frente a agentes exteriores. Por otra parte, el proceso disociativo bien puede ir de una histeria a una pérdida de la realidad, de una neurosis traumática y el subsiguiente episodio psicótico a una conducta fácilmente esquizofrénica. Pero sea como fuere, la enfermedad mental es una desintegración de la estructura de la personalidad a planos inferiores, tan regresivos como los presentados en las esquizofrenias catatónicas. No hay una psicogénesis regresiva única para la sintomatología mental, sino para toda personalidad humana en crisis.

Si la psicopatología no ha llegado a establecer basamentos comunes en la nosografía mental, es lógico suponer que ello se debe a la confusión reinante entre psiquiatría y neurología y su entendimiento con las doctrinas hermenéuticas. Una posibilidad, la medicina psicosomática, está en vías de comprobación. Entre tanto, la psicología clínica no tiene razón suficiente para crear disyuntivas en cuanto a la personalidad y sí, al contrario puede basar su metodología en una continua comprobación de experiencias personales.

REFERENCIAS

- 1 ALLERS, R.: *Concepto y método de la investigación*. En: SCHWARZ, O.: *Psicogénesis y Psicoterapia de los síntomas corporales*. Trad. de Ramón Sarró. Labor, Barcelona, 1932.
- 2 APPEL, K. E. and STRECKER.: *Practical examination of personality and behavior disorders —adults an children*. Mac Millan Co., New York, 1936.
- 3 BARUK, H.: *La Desorganisation de la personnalité*. Presses Universitaires de France, Paris, 1952.
- 4 *Psychiatrie Morale, Experimentales, Individuelle et Sociale, Haines et réactions de culpabilité*. Bibliotheque de Psychiatrie; Presses Universitaires de France Paris, 1950.
- 5 *Psychoses et Névroses*. Col. Que sais —je? Presses Universitaires de France, Paris 1952.
- 6 BILLINGS, E.G.A.: *A Handbook of elementary psychobiology and psychiatry*. The Mac Millan, Col, New York, 1939.
- 7 BINGHAM, W.H. and MOORE, B.V.: *How to interview*. Harper and Brothers, New York, 1941.
- 8 CARUSO, I.A.: *Análisis Psíquico y síntesis existencial*. Trad. de Pedro Meseguer S.J. Ed. Herder, Barcelona, 1954.
- 9 CARVALLO, Ref.: *Patología Psicomática*, 2ª ed. Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- 10 DUFRENNE, M. et RICOEUR, P.: *Karl Jaspers et philosophie de l'existence*. Col. Esprit, Editions du Seuil, Paris 1949.
- 11 GARFIELD, S. L.: *Introductory clinical psychology. An overview of Functions, Methods and Problems of Contemporary Clinical Psychology*. The Mac Millan, Co., New York, 1957.
- 12 GARRET, A.: *Interviewing: Its principles and methods*. Family Service Association of America, New York, 1942.
- 13 GEMELLI, Fr. A.: *El psicólogo ante los problemas de la Psiquiatría*. Trad. de Oswaldo Robles. Col. de la Facultad de Filosofía y Letras, num. 2, Universidad Nacional Autónoma de México, 1955.
- 14 HEIDEGGER, M. *Sein und Zeit.*, Pág. 116. En: STERN, A.: *La filosofía de Sartre y el psicoanálisis existencialista*. Trad. de Julio Cortázar, Imán, Buenos Aires, 1951.
- 15 JASPERS, K. *Psicopatología General*. Trad. de Roberto Saubidet y Diego Santillán. Ed. A. Bini y Cía. Buenos Aires, 1955.
- 16 KRETSCHMER, E.: *Psicología Médica*. Trad. de Solé Sagarra. Labor, Barcelona, 1954.
- 17 LOUTTIT, S. M.: *Clinical Psychology*. Harper and Brothers, New York, 1936.
- 18 MOORE, Th. Verner: *La naturaleza y el tratamiento de las perturbaciones sexuales*. Trad. de Oswaldo Robles. Col. Facultad de Filosofía y Letras, num. 14, Universidad Nacional Autónoma de México, 1957.
- 19 ROBLES, O.: *Símbolo y deseo*. Ed. Jus, México, 1956.
- 20 SULLIVAN, h. S.: *The psychiatric interview*. W. W. Norton, New York, 1954.
- 21 VALLEJO - NAJERA, A.: *Propedeútica clínica psiquiátrica* (3ª ed. rev.) Salvat Editores, Barcelona, 1952.
- 22 WEELS, F. L. and RUESCH, J.: *Mental examiner's Handbook*. (3ª ed. rev.) The psychological Corporation, 522, Fifth avenue, New York, 1945.