UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EXPRESION Y VALOR SEMASIOLOGICO DE LO PSICOFISIOLOGICO EN FUNCION DE LAS CARACTERISTICAS CULTURALES DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

TESIS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
GUATEMALA, C. A.

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos

Por

ROBERTO ARNOLDO SOLARES VANEGAS

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto de 1970

PLAN DE TESIS

I *Introducción*

II *Antecedentes*

III *Historias Clínicas y Estudios Psicofisiológicos en Pacientes Hospitalizados.*

IV *Estudios Psicofisiológicos de Pacientes en Servicios de Emergencia.*

V *Entrevista Grabada en Cinta Magnétofónica, con una Paciente escogida al azar en el Hospital General San Juan de Dios.*

VI *Extractos Bibliográficos.*

VII *Cuadros Estadísticos.*

VIII *Conclusiones.*

IX *Recomendaciones.*

X *Bibliografía.*

INTRODUCCION

El presente trabajo está fundado en observaciones de las reacciones psico-fisiológicas, con personajes nuestros: pacientes hospitalizados en varias instituciones públicas de Guatemala, médicos, el ambiente cultural, la atención que nuestro sistema hospitalario brinda a estos pacientes, la satisfacción o insatisfacción que éstos puedan derivar de dicha atención, y las modalidades de expresión, así como la preparación que el estudiante de medicina y el médico brindan desde el punto de vista psicológico, el acerbo de conocimientos que tienen para darlo, y las técnicas que emplean; y, por último, la colaboración que el médico recibe del personal hospitalario para la consecución del efectivo retorno del paciente a la integridad funcional.

Es también este trabajo una luz que se prende en un campo oscuro, aunque más allá del horizonte brille el sol de la sabiduría de quienes tratan y conocen la bella relación de la mente con su cuerpo servidor.

Es nuestra intención hacer notar que en este medio médico hospitalario, que la personalidad del ser humano, es íntegra en esencia, profunda en sus raíces y múltiple en sus manifestaciones patológicas como evidencia de la angustia que continuamente trata de derrumbar, ladrillo a ladrillo, el edificio de la armonía individual. Comprendemos que, como personajes claves de un centro hospitalario en evolución, constantemente atareados y vencidos con la carga del número, olvidemos, menospreciemos y pasemos por alto la individualidad del paciente. Pero, si en el rápido caminar de un largo corredor, nos detenemos, si en el instante de la ufana nota de evolución, meditamos, nos vendrá la comprensión y nos daremos cuenta del gran poder de que estamos investidos y de la Divina Gracia de que somos poseedores cuando tenemos a nuestros pies el principal personaje de nuestra profesión: El enfermo; y en el centro de nuestras cabezas, la mejor arma para combatir la enfermedad: El amor a los enfermos.

Día a día la misma enfermedad se presenta ante nuestros ojos; año con año varía el tratamiento que se les puede ofrecer. Múltiples fármacos son lanzados al mercado, en ocasiones con intenciones estrictamente comerciales. Podemos hacer uso de nuestra ingenuidad utilizándolos, o de nuestra ignorancia apoyándonos en ellos, pero en lo más profundo de nuestra mente, sabemos que la realidad es otra, que como hicieron los hospitalarios de la Antigua Grecia: la aproximación del médico a paciente personal, de alma a alma y no de Droguería-Medicamento. La gragea, la inyección, el jarabe, la intervención quirúrgica son medios efectivos pero no son soluciones al grito desgarrador que el paciente lanza en las puertas de nuestras casas médicas.

Que el continuo encierro en las aulas, en las salas del hospital, en las hojas de los libros no constituyan una excusa para petrificarnos.

Queremos señalar la ausencia de orientación en este sentido, que no se enseñe al estudiante solamente las enfermedades orgánicas y psíquicas, sino también la etiología de las múltiples enfermedades de "Etiología desconocida", que constituyen un alto porcentaje y cuyo tratamiento no está al alcance de los fármacos de patente.

No quiere esto significar que aquel paciente que sufre un trastorno evidentemente orgánico está por fuera de las ideas aquí expuestas, todo lo contrario: el paciente en esas condiciones pasó ya por la etapa del desequilibrio moral que lo empujó a nuestras manos. De modo que hacemos énfasis en que las nuevas generaciones de nuestros centros hospitalarios deberán verse de pie, seguras, radiantes y con la luz del conocimiento en sus ojos, recibiendo al paciente para reintegrarlo al medio de donde vino, seguro, confiado en sí mismo y con la salud en su expresión.

No queda sólo en el título de este trabajo que el enfermo hospitalizado tiene una expresión particular: las más de las veces esa forma de expresarse constituye su propia terapéutica. La catarsis es semántica y expone en forma detallada y simbólica el largo proceso por el que tuvo que pasar el individuo para detenerse al borde del abismo, vislumbrando abajo, la locura o la pérdida de las capacidades físicas. Aún en el enfermo carente de instrucción, con su característica forma de expresión, se hace bello el proceso detectivesco de alcanzar el día lejano en el que se prendió la chispa de la inarmonía. El simbolismo no se detiene en la expresión verbal, es ayudado por la mímica, la técnica plástica que se emplea para ayudar a que sus palabras de auxilio cobren forma ante su interlocutor.

Se necesita valor y serenidad para resistir el embate explosivo de tanta queja desfigurada que el enfermo suelta frente a nosotros; pero aquí es donde está la vocación mística del médico o estudiante, haciendo frente y aconsejando con mesura, mientras que sus manos colocadas sobre el paciente sellan el momento administrando la medicina complementaria.

A pie, en ambulancia con sirena plañidera, en vilo entre dos amigos, el paciente arriba al hospital en la culminación de su derrotada resistencia psicofísica que no sostuvo el ataque de las "fuerzas del destino". No hablaremos de los médicos capaces que reciben al nuevo ser en condiciones específicas de cordialidad y comprensión, sino que haremos notar aquellos que maquinizados por la idea de un egreso rápido, apresurados por una enfermera precisa, o por un jefe inhumano, clasifican, ordenan y archivan las almas de sus semejantes para que se hagan los exámenes de rutina, para que pidan turno, para que regresen mañana, etcétera, etcétera.

El enfermo angustiado no admite retrasos y reacciona violentamente ante la negativa de comprensión. Es en el único lugar donde se le puede dar porque no puede pagar, y desprestigiará como consecuencia al Centro y sus Médicos. Estamos seguros que en la práctica privada es diferente. Si es a una sala de emergencia donde el destino lleva al paciente, por el recargo de trabajo, por el número de enfermos, la dificultad diagnostica y el espacio reducido, este rápidamente es dado de alta con la consabida inyección, tableta o poción y la señalada sigla "DNV"; no se miden las palabras al expresarlas delante del paciente quien no la comprende, pero capta la baja vibración de su significado.

Si nuestras fuerzas son pocas contra la superioridad de la enfermedad y de las taras sociales, queda como último recurso -que en toda oportunidad debería ser el primero- la oración: Por nosotros y nuestras fuerzas y por los enfermos y sus debilidades.

ANTECEDENTES

Como testimonio mudo de investigadores de antaño, encontramos en el archivo de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de Guatemala, varias tesis que en una u otra forma se relacionan con la Medicina Psicofisiológica y que muestran la antiguedad del conocimiento psicológico y de la expresión a la desde entonces conocida íntima relación que existe entre la conducta y la fisiopatología.

En 1873 el Dr. José María Oliveros, en su tesis *Histeria*, expresa claramente la gran variedad de síntomas que acompañan la histeria.

> Oliveiros, José María, Histerismo (1,873):
> "La existencia de neurosis no fue desechada de los antiguos. Nada más oscuro que las distintas manifestaciones con que se presenta, nada tan incoherente como el cortejo de síntomas que la caracterizan. Tan pronto se ve a la paciente extraviada como vuelta al dominio de sus facultades. La histérica pasa de la enajenación del goce al abatimiento del dolor; de la exaltación de la alegría a la profunda tristeza; al furor o la calma, de la dicha imaginación a la realidad de la desgracia".

En 1875 el Dr. Domingo Rodríguez Flores, en su tesis *Manía*, habló del tratamiento moral, en las enfermedades mentales. Atribuye al clima y las costumbres parte de su etiología.

Rodríguez Flores, Domingo, Manía (1875):

"Definición: trastorno de las facultades intelectuales y afectivas, caracterizada por delirio general e irritabilidad de carácter sin idea o tema dominante.

Etiología: Algunos autores atribuyen a los climas cálidos y cambios bruscos de temperatura. El paso de una estación a otra en demasiado rigor puede ir destruyendo el equilibrio orgánico y nervioso. Las costumbres demasiado libres o severas de ciertas épocas, el predominio de ideas políticas o religiosas muy avanzadas. Siempre ataca a individuos robustos de 20 a 50 años.

En la mujer está sujeta a la influencia simpática del útero.

Tratamiento: Puede dividirse en moral y farmacológico. el segundo es poco racional, apenas logra producir alivios pasajeros. Muy al contrario sucede con el tratamiento moral. Lógico es atacar las causas en su propio terreno."

En ese mismo año, 1875, el Dr. José Roberto Flores, en su tesis *Epilepsia,* atribuye a determinados procesos fisiológicos el aparecimiento de la Epilepsia, (1,875):

"Definición: La epilepsia es una enfermedad apirética, es una neurosis, una neurosis cerebro-raquideana.

Etiología: (seis de cada mil)

A) Contagio: se ha dicho que puede adquirirse por contagio.
B) Fisiológicas: la aparición del menstruo, el embarazo y la lactancia.
C) Higiénicas: abuso alcohólico, exceso de placeres, onanismo.
D) Morales: herencia y el temor motivado por la vista de un ataque de epilepsia.

Se transmite al niño causándole epilepsia.

Tratamiento: Bromuro de Potasio".

No es nada nuevo en nuestro medio la cirugía como paliativo en determinadas afecciones histéricas que observamos en paciente con neurosis de conversión .

En 1902 en la tesis del Dr. Francisco Asturias, *Historia de la Medicina en Guatemala*, presenta el caso de una paciente histérica que mejoró notablemente con el trauma quirúrgico, hoy en día innecesario.

Asturias, Francisco, Historia de la Medicina en Guatemala ("un caso de vaginismo operado por el Dr. J.J. Ortega"), (1,902):

"XX, de 28 años de edad, casada, multípara, ingresa el 20-VI-1,899. Refiere: a los 25 años empezó a sufrir dolores de mediana intensidad que coincidían con sus menstruaciones y duraban 5 días. Cuatro meses antes contrajo matrimonio, experimentando dolores agudos la primera y segunda noche nupciales, después de las cuales se verificaba el coito sin dolor.

El examen de la enferma: el aspecto indicaba sufrimiento; lloraba y gritaba con frecuencia. La excitabilidad nerviosa indicaba que se trataba de una histérica. Los órganos genitales externos no manifestaban alteración alguna a la vista; pero al franquear el orificio vulvar se sentía detenido el dedo por una contracción espasmódica, provocando el más vivo dolor que hacía producir gritos a la enferma; el himen ya no existía. Vencido el obstáculo, con dificultad se penetraba en la vagina, pero una nueva contracción impedía retirar el dedo, por la contracción del esfínter de la vagina y el ano. Al ponerle inyecciones antisépticas vaginales, después de conservar el líquido por algunos segundos, lo lanzaba con fuerza. ¡La vagina era un verdadero cuerpo de bomba!

Diagnóstico: Vaginismo histérico.

Tratamiento: Los primeros días: higiénico y calmante. Dilatación lenta y progresiva con bujías de calibres graduados. Se practica bajo efectos de cloroformo la operación de Doyen: sección del esfínter. La herida cicatrizó después de la intervención. Egresa el 12-VII de ese año, completamente curada de su penosa afección.

Conclusiones: Tillaux: vaginismo.

"Las primeras emociones determinan dolor tan violento que toda introduccion de pene es imposible. Las tentativas ulteriores son repetidas cualquiera que sea la resignación de la mujer". En nuestra enferma no pasaba eso, aunque para ello haya influído el histerismo. El éxito de la operación de Doyen prepara la vulva para el trabajo del parto, frecuentemente retardado en los primeros pasos por la resistencia del periné. 435-437."

La etiología de las neurosis y la histeria fueron ya descritas por el Dr. Carlos Padilla y Padilla en 1924, en su tesis, *La Imaginación como factor Nosogénico y Terapéutico,* reconociendo el valor de la sugestión (imaginación) en psicoterapia.

Padilla y Padilla, Carlos, La Imaginación como Factor Nosogénico y Terapéutico (1,924):

"El que sólo sabe medicina, ni medicina sabe. La imaginación tiene como influencia grande en el desarrollo, la marcha y el tratamiento de las enfermedades. La idea o ideas perturbadoras quedan escondidas en el subconsciente del individuo. La preocupación puede ser referida a una enfermedad de los pulmones, del corazón u otra cualquiera. Los histéricos son los enfermos en quienes se ve claramente la potencia de la imaginación y la sugestión".

Observamos un giro total en la terapéutica de las afecciones psiquiátricas en la tesis del Dr. Enrique Vizcaíno: *La Convulsivo terapia con Cardiazol en psiquiatría*, 1,942.

> Vizcaíno, Enrique, La Convulsivoterapia con Cardiazol en Psiquiatría, (1,942):
>
> "Método introducido en 1935 por Von Meduna, consistente en inyectar Cardiazol a dósis convulsivante".
> Las manifestaciones psiquiátricas se traducen por pérdida de la conciencia, suspensión de las facultades mentales, amnesia. El tratamiento psíquico debe ir a la par de la convulsivoterapia. En un principio hay que informarse si aún tiene sus sensaciones patológicas y poco a poco me esfuerzo en asociarles la mejoría con el tratamiento por el Cardiazol.
>
> Refiere luego una lista de casos, incluyendo pacientes esquizofrénicos con "remisión completa" (sic)".

La importancia de la parte emocional del paciente y el énfasis de la integridad individual resaltan en la tesis del Dr. Ramiro Sáenz de Tejada, titulada: *Un Ensayo de Anamnésis en Medicina Psicosomática.*

> Sáenz de Tejada Gómez, Ramiro, Un Ensayo de Anamnésis en Medicina Psicosomática (1,952):
>
> "Estamos acostumbrados en nuestra práctica hospitalaria a desconocer, en la mayor parte de los casos el alma de nuestros pacientes, ya que nuestro anhelo es el investigar por todos los medios posibles el hallazgo de una lesión orgánica, llenando nuestras observaciones clínicas con un sinnúmero de exámenes complementarios, de laboratorio y rayos X, terminando con ellos nuestro examen, dejando a un lado la parte emocional del paciente. Por tal motivo un gran número de enfermos son diagnosticados erróneamente.
>
> Conclusiones: Debe considerarse al individuo como un ser total indivisible. Que el organismo fue creado para servir al hombre y no lo contrario; que los trastornos emocionales son los causantes del sufrimiento y desencadenantes de una multitud de cuadros clínicos etiquetados erróneamente. La necesidad de investigar la vida emocional de todo enfermo para tener de él una visión completa como individuo. El enfermo busca al médico por sentirse "mal" y no por tener tal o cual órgano enfermo.

La unidad individual se expresa en la patología en forma también individual.

El Dr. Alfonso Lemus Garza, en su tesis *Estudio Comparativo de Nuevas Fenotiazinas en Psiquiatría*, aconseja el uso de fenotiazínicos como tratamiento coadyuvante de las afecciones histéricas.

> Lemus Garza, Alfonso, Estudio Comparativo de Nuevas Fenotiazinas en Psiquiatría, (1,958):
>
> "Todos los pacientes psiquiátricos son susceptibles de presentar crisis de agitación y agresividad, necesitándose un tranquilizador como tratamiento de urgencia. Los derivados fenotiazínicos tienen muchas propiedades en común para ser usados en el campo de la Psiquiatría. Es importante recalcar la necesidad del estudio de la Medicina Psicosomática para el médico general porque todas las afecciones esencialmente orgánicas siempre se acompañan de manifestaciones psíquicas, comprobando que todo individuo sano o enfermo es una unidad psicosomática indivisible."

En 1963, el Dr. Cyrano Ruiz, en su tesis *Afecciones Psicosomática de la Gestación y Estructuración de la Personalidad del Neonato,* define claramente la sintomatología psicofisiológica de la mujer embarazada y la influencia a distancia que puede tener el trauma obstétrico en la vida psicológica del nuevo ser.

> Ruiz Herrarte, Marco Cyrano, Afecciones Psicosomáticas de la Gestación y Estructuración de la Personalidad del Neonato. (1,963):
>
> "El embarazo en su inicio está acompañado de un complejo sintomático.
>
> Por qué son sus molestias en el primer trimestre: La mujer trata de no hacer conciencia de que está perdiendo su forma femenina, desde el punto de vista sexual. Además, otros procesos variables, según que el niño fue deseado o no. La aceptación consciente no es índice que se hayan resuelto los problemas inconscientes pudiendo aparecer en esta época muchos otros síntomas físicos de origen emocional: palpitaciones, cansancios, dolor de cabeza, dolores musculares, etc.
>
> Conclusiones: Es necesario el estudio de la personalidad de la embarazada a fin de prever las complicaciones emocionales de la gravidez, parto y puerperio. Creemos que las náuseas y los vómitos son de origen psicógeno en la mayoría de los casos. El tratamiento debe dirigirse a la paciente en su totalidad. El proceso del nacimiento, debido a la violencia ejercida sobre el feto y la anoxia, pueden modificar la constitución psicosomática. del individuo".

No es desde 1875 ni desde 1902 que se viene diciendo que la conjugación de dos fuerzas es determinante en la vida del individuo. Antes de Cristo, las

antiguas filosofías orientales se esforzaban en introducir en la generalidad de las mentes el determinismo de la enfermedad como consecuencia del desajuste físico espiritual.

Los trabajos arriba presentados son una pequeña muestra de la multiplicidad de escritos que sobre el tema existen. Que sea éste uno más para contribuir al mejor conocimiento actual del hombre y su mente.

ESTUDIOS PSICOFISIOLOGICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Presentamos a continuación varias historias clínicas tomadas personalmente en varios Centros Hospitalarios a pacientes tomados al azar. Adjunto a la historia incluímos un pequeño examen psiquiátrico, con el cual queremos demostrar las alteraciones emocionales que llevan a las personas a convertirse en enfermos. En todas las entrevistas encontramos que, en mayor o menor grado, los enfermos tenían problemas psicosociales serios, asociados o como causantes de su estancia hospitalaria.

Algunas de las entrevistas fueron hechas por el Asesor de la Tesis, pero la mayoría son personales.

Todos estos pacientes fueron tratados en los diferentes servicios de los Hospitales médicamente y ninguno de ellos recibió tratamiento psicoterapéutico asociado.

1.– GENERALES

J. J. A., 18 años, originario de Honduras, residente en Los Amates, soltero, analfabeta, labrador.

MOTIVO DE CONSULTA:

"Ahogamiento" que se presenta a veces.

HISTORIA:

Referida por el paciente, quien carece de facilidad de expresión. Dice que hace 8 meses presenta sensación de ahogamiento (disnea), astenia, adinamia y tos no productiva.

ANTECEDENTES:

Patológicos:
Enfermedades infectocontagiosas de la infancia.

Hospitalarios:
Tres meses hospitalizado por trastornos de tipo nutricional.

Epidemiológicos:
Negativo (no vacunado)

REVISION POR SISTEMAS:

Cardiovascular:
Sensación de opresión precordial desde hace 8 meses.

Pulmonar:
Tos crónica con expectoración blanco-espesa de 8 meses de evolución.

Gastrointestinal:
Diarreas frecuentes, que ceden espontáneamente.

EXAMEN FISICO:

Signos vitales:
P/A 100/70 – Pulso 100. – T: 37° C

Paciente delgado, pálido, asténico, que habla y camina lentamente, facies inexpresiva, se sonríe ocasionalmente.

DATOS POSITIVOS:

Conjuntivas pálidas; lengua lisa, corazón: soplo sistólico funcional.

Pulmonar: estertores gruesos inspiratorios diseminados en ambos campos pulmonares.

Abdomen: no presenta patología.

Extremidades: delgadas, hipotróficas.

Sensorial: Nl.

Neurológico: Nl.

I. C.

(1) TBC pulmonar.

(2) Psiconeurosis.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Paciente con ademanes infantiles y sumamente retraído. Nos refiere que hace 8 meses vino a vivir a Guatemala procedente de Honduras, donde nació. Allí vivía con 4 hermanos mayores que le daban trabajo y, abusando de su inferioridad, le exigían más de lo que podía dar. Aquí en Guatemala vino a trabajar con un primo mayor que le sugirió que viniera a vivir aquí: "yo me vine para conocer, dice, pero él era muy bravo conmigo y me regañaba". De esto hace ocho meses exactamente. Por cuenta propia buscó trabajo; fue entonces cuando empezó a sentir sensación de ahogo. Desde su ingreso al hospital ha presentado una actitud catatónica que incluso llevó a enviarlo al Hospital Neuropsiquiátrico, de donde fue regresado con sello de desnutrido. La inadaptación socio-cultural le ha presentado un campo muy duro en la existencia, que ha transformado en angustia todas sus manifestaciones, y su personalidad regresiva se ha refugiado en la catatonia esquiva que le proporciona medio ambiente en el Hospital. Este paciente fue investigado como tuberculoso pero no se logró encontrar evidencia de la enfermedad. En su estancia intra hospitalaria (2 meses), el paciente ha mejorado nutricionalmente. Forzado por el personal de enfermería, ha establecido relaciones con los demás pacientes, mejorando su condición psicosocial. Pero siempre se nota el autismo y la quietud inicial, por lo que lo catalogamos de esquizofrénico catatónico.

2.– GENERALES:

A. G., 17 años, originario de la aldea Los Bardos (El Progreso), residente en El Jícaro, soltero, alfabeta, estudiante de mecanografía.

MOTIVO DE CONSULTA:

"Calenturones, Debilidad".

HISTORIA:

De 13 días de evolución de fuerte cefalea frontal que no se alivia con nada, (remedios caseros) luego, presentó fiebre no controlada por termómetro, náuseas, anorexia, mal estar general, hipersomnia. El paciente consultó con una "enfermera" empírica que le puso dos inyecciones de penicilina (ignora qué fueron) y una pastilla, por lo que le cobró Q.0.75 por cada "inyección" y Q.0.25 por cada "pastilla". El paciente presentó diarrea mucosa amarilla en número de 6x24 horas, sin sangre, con escasa mucosidad. Tenían la apariencia de "clara de huevo".

ANTECEDENTES:

Hospitalarios: Negativos.

Patológicos:
Infecciones respiratorias frecuentes. Infectocontagiosas de la infancia.

Traumáticos:
Fractura de un pie cuando era pequeño.

Inmunológicos:
No recuerda las vacunas que le pusieron.

Toxicomanías:
No bebe alcohol, no fuma ni toma medicinas.

Socio económicos:
Hogar formado por 9 personas; Padre, Madre, dos hermanos, tres hermanas, dos sobrinos. Sostenido por el Padre, labrador.

REVISION POR SISTEMAS:

Sensorial Ojos, Oídos, garganta, nariz, boca: negativos.

Corazón: Negativo.

Pulmonar: Negativo.

Gastrointestinal:
Deposiciones diarréicas, frecuentes.

Genitourinario:
Negativo.

Osteomuscular:
Negativo.

Neurológico:
Negativo.

Neuropsiquiátrico:
Retraído.

EXAMEN FISICO:

Paciente delgado, hiponutrido, deshidratado, con facies enferma, enoftalmos, ansioso angustiado; no revela más datos positivos el examen físico.

LABORATORIO:

Reacción Widal —— $0 = \frac{1}{320}$; $H = \frac{1}{320}$

Heces: Parásitos (áscaris)

Hemoglobina: 14 gs.

Hematocrito: 43 o/o

Orina normal

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Paciente retraído, no mira de frente, huidizo a las preguntas, evade las respuestas, con escasa aspiraciones en la vida, todos sus deseos son ordenados por su madre.

Deja ver su estado de angustia al tener relaciones sociales; estudia mecanografía y su escasa habilidad mecánica lo mantiene ansioso. –"Soy muy nervioso"– dice, todo lo pone en estado de angustia y

tembloroso.

Hace 15 días su primera novia, una muchacha de 15 años, fue enviada por su madre a la capital a trabajar. Con ella tenía juegos sexuales y estaba ilusionado. Quedó deprimido cuando se fue.

3.– GENERALES:

I. R. de A., 21 años, casada, con un niño de 9 meses, de oficio dependiente de panadería, alfabeta.

MOTIVO DE CONSULTA:

"Tuve un aborto". (textual).

HISTORIA:

Refiere la paciente que doce horas antes de su ingreso al hospital inició fuerte hemorragia vaginal con expulsión de coágulos grandes y algo que probablemente pudo ser el contenido embrionario intrauterino.

ANTECEDENTES:

Patológicos:
Negativos.

Ginecológicos:
G: 2 P: 1 Ab 1

Resto:
Negativos.

EXAMEN FISICO:

Signos vitales:
P/A 120/80 – T. 37° C, – Pulso 88x'

Colaboradora, activa, en aparentes buenas condiciones; presenta útero involucionado y duro; hemorragia vaginal escasa, cuello uterino blando, semiabierto al orificio externo.

Se ingresa con impresión clínica de aborto completo.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Nos llama la atención la facilidad con que la paciente se expresa y se refiere a su "aborto" de tres meses.

La paciente es indígena ladinizada (1), con uñas pintadas, que usa suéteres llamativos, aún con calor.

Al interrogarla acerca de su problema nos cuenta que hace siete meses tuvo su primer parto, que no quedó con deseos de tener más familia y que tanto ella como su esposo vieron con desagrado el nuevo embarazo, aunque no tomaron precauciones para evitarlo. Su vida familiar es de continuos disgustos con la suegra y con las cuñadas que viven con ella: "continuamente tenemos disgustos –dice– pero yo me lo trago todo". Desde hace quince días la paciente se contraría más que de costumbre; cuando se enoja no puede hablar.

Consideramos que la profunda agresividad de la señora, vivir con personas de su desagrado y disgustarse con ellos frecuentemente, a más de su inesperado embarazo, fueron motivo para la interrupción (¿artificial?) de su embarazo.

4.– GENERALES:

M. A. C. A., 17 años, soltera, originaria de Teculután y residente en el mismo lugar.

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor abdominal localizado en hipogastrio y referido a región lumbar de más o menos cuatro meses de evolución.

HISTORIA:

Refiere la paciente que en forma espontánea y ocasional, sin relación con las comidas, el sueño, las menstruaciones ni los cambios de carácter, tiene "cólicos" abdominales que la postran en cama por dos o más días cada vez. No ha presentado evacuaciones diarréicas, náuseas, vómitos ni fiebre.

ANTECEDENTES:

Patológicos:
Infecto contagiosas de la infancia.

Hospitalarios:
Dos hospitalizaciones anteriores por la misma razón.

---

(1) Que ha abandonado su indumentaria típica

Inmunológicos:
Negativos.

Quirúrgicos y traumáticos:
Negativos.

Familiares:
Tres hermanos mayores y cuatro menores a quienes cuida. Padres avenidos, trabajadores, madre gruñona, padre indiferente.

Económicos:
Limitación económica por número familiar.

REVISION POR SISTEMAS:

Gastrointestinal:
Deposiciones diarréicas, ocasionales, que se alivian espontáneamente.

Ginecológicos:
G=0 P=0 Ab=0

Menarquia:
14 años, menstruación dolorosa desde hace cuatro meses.

EXAMEN FISICO:

Paciente delgada, orientada y colaboradora, de aspecto agradable, mirada angustiada, signos vitales, T. 37°C P/A 100/70 P. 95x'

Examen de laboratorio:
Hemoglobina 10.5 gs.

Resto:
Negativo.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Paciente de 17 años, soltera, sin novio, hija de madre dominante y agresiva y de padre indiferente, con la carga de los cuatro hermanos pequeños (11, 10 y 5 años respectivamente).

Por alguna razón especial que la paciente trata de ocultar, hace cuatro meses viene "sufriendo" de dolores abdominales tipo "cólico" que se presentan en casa cuando la madre grita mucho y la comida se le "atraganta".

HISTORIA CLINICA: 380169

5.– GENERALES:

T. M. A., 50 años, casada, con hijos, originaria de Mixco y residente en esta capital, de oficios domésticos.

HISTORIA:

Motivo de consulta: Cefalea Occipital. Historia de 20 días de evolución de Cefalea Occipital después de temblores y escalofríos que han aumentado de intensidad; mareos y anorexia. No cedió con dos ampollas de dialgina.

ANTECEDENTES:

Quirúrgicos:
Apendicectomía: 1950

Legrado Uterino: 1955

Colesistectomía: 1961

Médicos:
Negativos.

Traumáticos:
Negativos.

Familiares:
Padre falleció de ACV, madre falleció de GECA.

Obstétricos:
Menarquia a los 13 años. 30x4, abundante; última regla hace 5 años. G: 8 P: 8 Ab: 0. Tiene hijos muertos (GECA y DHE).

REVISION POR SISTEMAS:

Osteomuscular:
Reumatismo migratorio.

Psicológico:
Continuamente tensa e irritable.

EXAMEN FISICO:

Signos Vitales:

P/A 130/80

Temperatura:

37.2°C

Pulso:

72x'

Buenas condiciones, obesa, lúcida orientada, habla mucho, colaboradora, tiene dientes postizos.

Ginecológico:

Normal; linfático negativo.

Neurológico:

Reflejos normales, ligera hiperreactividad del rotuliano.

Pulso normal.

Impresión clínica de ingreso:

1) CA intracraneano
2) Jaqueca

Exámenes rayos X de tórax normal

Rayos X de cráneo normal.

Reacción Widal negativa. Hemoglobina 12 gs. 8,600 glóbulos blancos. Sedimentación 87 hematocritos 38 o/o.

Orina Normal, VDRL negativo, Orina negativo.

Bilirrubina normal. Heces: negativo.

Tratamiento ASA)dialgina– papaverina, nauseol, noctec.

CONSULTA A NEUROLOGIA:

Reporta el neurólogo:

Descartar Cefalea de origen intracraneano. Excluír proceso que ocupa espacio en hemisferio cerebral derecho.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Revisamos los datos contenidos en la papeleta. Se trata de la esposa de un alcohólico. Habla de los pleitos que ella inicia al reconvenirlo cuando él llega bebido. Con sonrisa dice temerle: "con sus tragos los hombres son capaces de todo". No obstante, reconoce que si él peleara, ella se sentiría extraña. Hace dos años comenzó a teñirse las canas y el marido se disgustó. Las amigas la apoyan. Pero la cuñada le dice que ésto pudiera ser la causa del dolor de cabeza. Lava y plancha ropa ajena y, en medio de todos sus males (operación Ginecológica, operación de los senos maxilares exodoncia total, colesistectomía), su pelo teñido y obturaciones simuladas de oro en la protesis dental, le dan un sello de incongruencia al cuadro general de "mujer sufrida" que ella trata de comunicar. Con facilidad asocia sus molestias a los disgustos que se suscitan en el hogar. Actualmente, el marido está apaciguado. La molestan ahora las reyertas entre los hijos: "la que trabaja discute porque la que estudia usa sus prendas y artículos de uso personal". La paciente parece ya satisfecha con ciertos cambios logrados respecto de la actitud de su familia hacia ella a través de la frecuente hospitalización: una mejoría inesperada la tiene ya lista para irse; aunque la utilización sucesiva de los recursos hospitalarios deja abierta la puerta para nuevas hospitalizaciones como medio para manipular a la familia. Es interesante notar que el padre era marranero y manufacturaba jabón. Ella migró de Mixco a la capital a los 15 años, y cuando trabajaba en salchichonería, conoció a su marido (salchichonero en aquel entonces). Actualmente el marido es ayudante de camión que reparte licores de fábrica en Mixco. Obviamente, él ha sufrido descenso de status ocupacional y forma con la paciente la típica pareja del alcohólico y su esposa. Durante la entrevista no noté la anisocoria mencionada en otra parte. Se trata de Cefalea de naturaleza histérica. Ella describe la ocurrencia de otros ataques histéricos más típicos cuando se enfrenta a disgustos familiares y al hacerlo se le nota la sonrisa consabida.

6.– GENERALES:

V. E. S., 18 años, oficios domésticos, católica, alfabeta, originaria y residente en Estanzuela.

M. de C.

Amenorrea de cuatro meses de evolución y "ataques" que se presentan desde hace cuatro meses.

HISTORIA:

Refiere la paciente que hace cuatro meses viene presentando "desmayos y desganos", náuseas y epigastrialgias. Siente sensación como ahogamiento que es seguida de pérdida del conocimiento (?) y "ataques" que son atendidos por la madre.

ANTECEDENTES:

Infecciosas de la infancia: resto sin importancia.

Quirúrgicos:
Apendicectomía hace cuatro meses en el hospital Regional de Zacapa. (No se logró comprobar la apendicitis aguda).

REVISION POR SISTEMAS:

Psicológicos:
Ansiedad, palpitaciones, sensación de ahogo.

EXAMEN FISICO:

Abdomen ligeramente globuloso, se palpa útero crecido, ocupado, con foco fetal normal y movimientos normales. Mamas endurecidas y ligeramente hipertróficas.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Paciente de ademanes exaltados, insegura de lo que dice, se ríe con fuerza cuando miente.

Estuvo "casada" hace dos años, cuando tenía 16, pero se dejó con el esposo, porque éste era "mañoso", pues le gustaba "robar dinero". A pesar de eso, continuó teniendo relaciones maritales con él; se escriben y se ven a menudo. Inconscientemente no aceptaba su embarazo por temor a sus padres y sus reacciones violentas con éstos. Es ésta la razón de los "desganos" y los "ataques" que sufría en presencia de la madre; se quitó un peso de encima al informarnos que piensa ir a vivir con el padre de su hijo, que desea vivir con ella.

7.– GENERALES:

X. X., de 65 años, originaria de Mataquescuintla, Jalapa y residente en la zona 3; de oficios domésticos, con una hija, viuda (esposo era español).

MOTIVO DE CONSULTA:

Fatiga y dificultad respiratoria de tres días de evolución.

HISTORIA:

Referida por la paciente: Hace 15 días inició acceso de estornudos y catarro, que se continuó con dolor de oídos, cefalea, epistaxis, anorexia, para lo cual tomaba Alka Seltzer. Su sintomatología

respiratoria se agudizó la noche antes de su ingreso cuando se bañó por la noche.

ANTECEDENTES:

Médicos:
Asma Bronquial. Catarros frecuentes.

Quirúrgicos:
Colecistectomía hace 15 años (?)

Hospitalarios:
Varias veces hospitalizada por sus accesos asmáticos.

Alérgicos e inmunológicos:
Negativos.

Obstétricos y Ginecológicos:
Menarquia 13 años.

Ultima regla a los 45 años. G: 18 P: 16 Abortos: 2

15 hijos muertos de diferentes enfermedades infecto contagiosas en la infancia. Actualmente viven con una hija.

REVISION POR SISTEMAS:

Cabeza:
Cefalea constante. Ojos ardor y lagrimeo constante.

Cardio Respiratorio:
Disnea constantemente. Palpitaciones frecuentes.

Gastrointestinal:
Vómitos ocasionales, sobre todo cuado ingiere alimentos como huevos y leche.

EXAMEN FISICO

P/A 120/90 Resp. 24 x' Temp. 37°C Pulsos 90 x F. C. 90 x'

Paciente obesa, que se mantiene sentada, disnéica, con facies aletargada, crónicamente enferma, consciente, orientada y buena colaboradora.

Cabeza: Nl

Cuello: Nl.
Ojos: Nl.
Oídos: Cerumen abundante.
Nariz: Nl.
Boca: Ausencia total de piezas dentarias.
Faringe: Congestionada.
Tórax posterior: adiposo, pulmones Nls. Tórax anterior: Tórax en Barril. No se escuchan los ruidos cardíacos por los frecuentes accesos de tos, disnea y por ser muy lejanos (Enfisema).
Mamas: caídas, grasas.
Abdomen: blando, globuloso, graso, cicatriz paramediana der. de 40 cms. de longitud. Resto nl.

Ginecológicos: Disminución del vello pubiano.

Diagnóstico de Ingreso:

1) Asma Bronquial
2) Bronconeumonía
3) Hipotiroidismo (?)
4) Obesidad.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Hematología:
Hb.: 15 gs. Ht.: 46, Sed.: 43, glóbulos blancos: 10,800.

Orina:
Vestigios de albúmina y 60 leucocitos por campo.

Química sanguínea:
Nl.

Grahm de esputo:
Neumococo y sarcinas.

Glicemia:
88 mgs. o/o

VDRL neg.

Urocultivo:
Escherichia Freundii.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Asmática desde pequeña, criada por padrinos sin hijos. Eran muy

estrictos, que la encerraban en un cuarto cuando hacía algo que no les parecía; entonces le daba asma y le comenzaba a chillar el pecho. Se vio libre de asma desde los 14 años cuando tuvo una hija y le reapareció a los 40 años cuando nació el último hijo. Ahora le reaparece al asma cuando tiene dificultades con los nietos y se enoja con el yerno. La paciente se beneficiará adelgazando y haciendo gimnasia respiratoria sistemática. Diagnóstico psiquiátrico: Reacción psicofisiológica respiratoria (asma bronquial) y obesidad. Tiene además signos que delatan demencia incipiente (defectos anémicos, perseveración, desorientación temporoespacial), probablemente debido a arterio esclerosis.

8.— GENERALES:

R. R. P., 44 años, soltero, labrador y policía, alfabeto.

MOTIVO DE CONSULTA:

Imposibilidad para caminar.

HISTORIA:

Refiere el paciente que hace un mes cuando fue a visitar a su Madre, súbitamente sintió "agujerazos" y "Piquetazos" en ambas piernas y absoluta imposibilidad para caminar, exactamente como le sucedió hace un mes en que en igual forma se le presentó esa molestia.

Rara coincidencia que en ambas oportunidades venía a visitar a su Madre. Además ha presentado dolor en la región glútea.

ANTECEDENTES:

Hospitalario:
Internado en dos ocasiones, más o menos por un mes cada una por la causa referida en la historia.

Patológicos:
Negativos.

Quirúrgicos:
Operado de la vejiga, por "ardor" hace 10 años, en el Hospital de Zacapa. Posiblemente fue una laparatomía exploradora, que dejó una cicatriz mediana infra-umbilical.

Socio Económico:
Sostenido por sus hermanos y su Madre. Cuando puede trabajar es agente de policía. Ha tenido varias esposas y tiene varios hijos de los cuales "no se hizo responsable".

Familiares:
Negativos.

REVISION POR SISTEMAS:

Piel y metabolismo:
Negativo.

Sensorial:
Negativo.

Cardiovascular:
Negativo.

Pulmonar:
Negativo.

Gastrointestinal:
Negativo.

Neurológico:
Negativo.

EXAMEN FISICO:

Signos vitales:
P/A 120/80; Pulso 72 X; Temperatura 37° C.

Resp. 20 X:
Paciente bien nutrido, barbado, con imposibilidad para la marcha.

No se encuentran signos de patología en ningún sistema. Neurológico: reflejos osteotendinosos normales, sensibilidad en miembros inferiores normales. Tonicidad muscular normal. Puede mover los 4 miembros. Fue ingresado con I.C. de:

1) Enfermedad neuromuscular de etiología a determinar, tratado con:

Analgésicos,
Fisioterapia,
Ondas cortas,
Esteroides.

Resultado:
Permanece igual.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Después de un mes de reposo en cama, el paciente dice que no puede mover sus piernas aunque las retrae cuando se le hace examen físico. Su inseguridad e inconstancia lo hacen cambiar de empleos y de esposa con una frecuencia inaudita. El abandona a sus esposas e hijos "-Usted sabe como es el carácter de las mujeres-". No puede vivir con ninguna persona si no es con su madre. El acceso histérico se ha presentado en las dos ocasiones en casa de su madre, después de tener un disgusto con su hermano mayor a quien "No quiero porque es muy poco llevadero". Es francamente hostil con sus hermanos que lo sostienen económicamente, apegado a su maddre y francamente dependiente, irresponsable y le agrada evadir la realidad, al pasarse un mes en cama recibiendo los cuidados solícitos del médico que no encuentra razón a su enfermedad. Al paciente histérico le agrada sobremanera y le hace creer verdaderamente la realidad de sus síntomas.

9.- GENERALES:

H.G., 30 años, casada con cinco hijos, originaria de Chiquimula, Universitaria.

HISTORIA:

Varios ingresos por padecimientos renales.

Ultimo ingreso:

Motivo de consulta:
Artritis Migratoria, disuria, irritabilidad, parestesias musculares. La paciente es conocedora de los trastornos renales porque los ha leído.

Diagnósticos anteriores:
Glomerulonefritis crónica, fiebre reumática.

Ultimo diagnóstico:
Lupus Eritematoso.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Amigdalitis crónica, Toxemia eclámptica. Adenoiditis (amigdalectomía y adenoctomía en 1942-52).

Madre:

Padece de los riñones.

EXAMEN FISICO:

Datos positivos: *Orina:* cilindros granulosos, Leucocitos 20 X campo, Albúmina positiva (Trazas), Uratos y Oxalatos. Urea 36 mgs. o/o. Plaquetas 166,000. Células *LE* negativo. Fenolsulfonftaleína: 1a., 15o/o; 2a., 15o/o; 3a., 15o/o. Proteína "C" reactiva: positiva (24 horas).

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Paciente ambulatoria, lúcida, memoria y orientación temporo espacial normal; habla continuamente, como a presión, cualesquiera que sean los temas que exponga. El estado de ánimo permanece rígido obviamente beligerante, sin guardar ninguna relación con el contenido de las ideas expresadas. Sin ningua inhibición habla de las intimidades sexuales, desde la compulsión de tener relaciones repetidas, hasta la necesidad de autosatisfacción. En nada se define, ya aparece con sentimientos mesiánicos, ora se explaya sobre sus fantasías y apetencias homosexuales: "Me gustan las piernas y el busto de las mujeres, ésto me provoca excitación sexual", "Doy gracias al creador por hacer esas cosas bellas". Habla de su abuelo internado en el Neuropsiquiátrico por ser un genio igual a ella. "El también oía voces y veía cosas y sabía hacer de todo, igual que yo". Piensa que existe un plan para molestarla. Dice que la suegra es "etílica" que tuvo un derrame a los 30 años y que si no puede beber alcohol se baña en él, porque el olor le ayuda para la cabeza.

La paciente indica que tiene Lupus Eritematoso, en compensación se le ha hipertrofiado el cerebro y todo lo sabe. A veces se le ponen ideas en la cabeza y le hacen ejecutar actos en contra de sus convicciones (sentimientos de pasividad). Cuando vive una cosa, está segura de ya haberla previsto: *(dejá pensé)*. De eso tiene la certeza delirante. Describe episodios de inmobilidad con catatonia, lucidez y vivezas alucinatorias. Las voces le dicen que mate a su suegra. Independiente de otras enfermedades, esta señora presenta un cuadro de esquizofrenia con síntomas predominantemente paranoides y actitud maniforme, y también lleva a pensar en un cuadro de parálisis general progresiva. Recuerda en forma casi idéntica el cuadro descrito por Kraepelin (1893) y acotado por Kurt Kolle. O.A.

10.- GENERALES:

N. C., de 41 años de edad, de oficio cocinera, divorciada.

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor lumbar, "que se le riega en los riñones".

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

1.- Obesidad
2.- Síndrome post colecistectomía.
3.- Colón espástico.
4.- Neurosis de conversión.

TRATAMIENTO:

Se ingresa para estudio.

HISTORIA:

Paciente con historia de dolor ',de hígado" (hipocondrio derecho), desde hace 10 años, constante, referido a la región dorso lumbar, que se alivia levemente en la posición decúbito dorsal.

Hace 10 años, al presentar también historia de dolor en hipocondrio derecho, intolerancia a comidas grasosas, sugestiva de colicistitis calculosa, fue intervenida quirúrgicamente practicándosele colesistectomía.

Esta vez ingresa con historia similar.

ANTECEDENTES:

Patológicos:

Lo referido en la historia. Trastornos gastrointestinales de tipo dispepsia. Otras enfermedades no bien definidas. Diabética desde hace cinco años.

Quirúrgicos:

Colesistectomía en 1960, hospital departamental.
Cesárea segmentaria transperitonial por causa no bien definida, hace cinco años.

Tóxicos:

Ingiere continuamente fármacos de venta popular para alivio sintomático de sus afecciones gastrointestinales.

Traumáticos:

Negativos.

Socio económicos:

Separada del esposo hace cinco años, trabaja en la cocina de una institución hospitalaria y sostiene a su persona y a 3 hijas.

REVISION POR SISTEMAS:

Metabolismo:

Aumento excesivo de peso en los últimos cinco años.

Pies y faneras:

Normales.

Sensorial:

Ojos, dificultad para la visión.

Cardiovascular:

Padece de "la presión". Palpitaciones frecuentes, edema de miembros inferiores.

Pulmonar:

Negativo.

Gastrointestinal:

Intolerancia a comidas grasas. Dispepsia. Estreñimiento crónico. Pirosis postprandial. Sensación de plenitud durante las comidas.

Genitourinario:

Dolor en los "riñones". (región lumbar).

Osteomuscular:

Negativo.

Neurológico:

Intranquilidad, "biliosidad".

EXAMEN FISICO:

Signos vitales: Presión arterial 150/90, pulso, 72 por minuto. Temperatura: 37 ° C.

Paciente obesa, ansiosa e intranquila. Presenta como datos positivos, abdomen globuloso, graso, con buenos ruidos intestinales, depresible, no doloroso; dos cicatrices: una subcostal derecha y otra mediana infra umbilical.

Cardiopulmonar: Negativo. Hay ligero dolor a la percusión a nivel de la región lumbar.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

En el momento del examen físico, la paciente se pone sumisa, se descubre el abdomen a traves de un vestido abotonado, dejando ver la más grande de sus cicatrices, como indicando el lugar de su dolor y la prueba de su anterior afección. Al interrogarla nos dice que se mantiene muy biliosa, que continuamente pelea con sus hijas, que su carácter es así, porque "me quedo callada por todo lo que me dicen", refiriéndose a los conflictos de trabajo (cocinera). Es gran coincidencia que la paciente tiene 5 años de separada de su esposo, 5 años de aumento excesivo de peso y 5 años de ser tratada como "diabética" con una tableta de Rastinon diariamente. Se separó de su esposo "por otra mujer"; vive sola con sus hijas. Le preguntamos en dónde se siente mejor, si en el trabajo o en su casa. Responde: -en la casa, porque allí me mantengo acostada y es mi hija la que trabaja: ella lava y plancha. La paciente es agresiva, hipocondríaca y descarga en esa forma parte de su agresividad, pintándole a sus hijas el cuadro de una madre enferma, trabajadora, compensándose de esa manera algunos de los disgustos que recibe en la cocina, lugar en que, a manera de *ring* silencioso se disputa la hegemonía con otras cocineras.

Esta paciente continuó quejándose de dolor abdominal ya en el servicio en que fue ingresada. En los examenes de laboratorio practicados, fue positiva la reacción de Widal, iniciándose entonces el tratamiento para Fiebre Tifoidea. La paciente es un riesgo para la institución en que trabaja y para su propia persona.

11.- GENERALES:

B. A. L. Q. 1483368, 52 años, ladina, casada, con 9 hijos, originaria de Retalhuleu.

MOTIVO DE CONSULTA:

Parestesias en MSI y MII de tres días de evolución.

HISTORIA

Refiere la paciente que hace tres días notó que las cosas que tomaba con la mano izquierda se le caían y que luego tuvo dificultad para caminar, únicamente podía pararse. Fue traída al hospital por sus hijos.

ANTECEDENTES:

Médicos:

Psoriasis

Tratada en este hospital, de dos años de evolución.

Hospitalarios:
Hospitalizada en la Dermatología de mujeres por Psoriasis.

Quirúrgicos y Traumáticos:
negativos.

Económicos:
Sostenida por sus hijos.

Ecológicos:
Vive a la orilla del mar desde hace 35 años en Pto. San José.

Obstétricos:
G 11. P. 11. Ab 0.

Hijos sanos.

REVISION POR SISTEMAS:

Cabeza:
Cefalea occipital de tres días de evolución, ojos, oídos, nariz; Sensorial Nl.

Respiratorios:
Negativo.

Cardiovascular:
Negativo.

Digestivo:
Negativo.

Genital:
UR hace dos años.

Menarquia:
17 años.

EXAMEN FISICO:

Paciente con facies indiferente, que responde secamente a las preguntas
Lloró durante el interrogatorio.

Signos vitales:
P/A, 200/85; Pulso 88 X'; Resp. 24 X

Pies:
Presencia de lesiones costrosas y descamativas circulares de 1/2 c. de diámetro, pruriginosas, sangran al desprenderlas. Más sobresalientes en el tórax.

Cabeza:
Pelo cano.

Ojos:
Nls. Oído: cerumen abundante. Ojos, Nariz: Nl. Boca: lengua sucia, Caries dentales. Faringe: normal. Cuello: NL. Ganglios: Nls. Tórax: pulmones normales. Corazón: Nl. Neurológico: disminución de la fuerza motora en MSI y MII.

DE INGRESO:

1) ACV Trombótico (Accidente Cerebro Vascular)
2) Psoriasis
3) Hipertensión Arterial.

EXAMENES:

Hemat. Hb:
13 gs. Glóbulos Blancos: 11,950. Velocidad de Sedimentación: 30 mms. Ht. 41o/o.

Heces:
Ascaris-tricocéfalos (dos cruces).

Orina:
Albúmina: trazas Hb: positiva (trazas)
Leucocitos 15-20 por campo
Epitelio (tres cruces).

LIQUIDO CEFALO RAQUIDEO:

Cultivo:
negativo a las 48 horas. Pandy y Nonne Apelt (-)

Proteínas:
40 mgs.

Glucosa:
62 mgs.

Cloruros:
833 mgs.

Citológico:
2 Linf. por campo.

Colesterol:
230 mgs.

Química Sang.:
Nl.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Paciente deprimida. Actividad psíquica enlentecida, algo concreta. No hay insomnio aparente ni ideación P.P. de tristeza. Ligeros defectos mnemónicos. Diagnóstico Psiquiátrico: Síndrome orgánico del encéfalo leve, debido a arterioesclerosis (probable).

La depresión es sintomática de lo anterior.

12.- GENERALES:

O. B. C., 25 años, originaria de Guazacapán, residente en esta capital desde hace dos años, soltera, ladina, alfabeta, católica de oficios domésticos.

MOTIVO DE CONSULTA:

Fiebre, temblor de cuerpo, sudoración.

HISTORIA:

Refiriéndo que hace 15 días presentó dolor en hemitórax izquierdo con propagación a MII, cuadro que se alivió con remedios caseros; quedando únicamente con dificultad para la marcha ya que presentaba parestesias en región dorsal y miembros inferiores. El 29 de enero 1970, tuvo una "cólera" perdiendo posteriormente el conocimiento más o menos 5 horas. (?). Desde esa fecha ha permanecido decaida, con náuseas que llegan al vómito, fiebre no controlada por termómetro y temblor de cuerpo generalizado. No refiere disposiciones.

ANTECEDENTES:

Sarampión, tos ferina, paludismo (1968)

Médicos:
A.B. en 1966.

Quirúrgicos:
Negativo.

SISTEMAS:

Cardiovascular:
Disnea a medianos esfuerzos.

Genito Urinario:
Negativo.

Menstruación:
Menarquia 14 años, tipo 30/4, dismenorrea; abundante cant.
Ultima 30-1-70. Gravi: 5, para: 4, Abortos: 1.

HISTORIA FAMILIAR:

Padre:
ignora su estado, madre sana, 4 hijos;

Esposo:
Ignora su estado.

Estado General:
Malo.

Pulso: 88, respiraciones, 16; P/A 110/80; Tem., 36.7° C.

CABEZA:

Ojos:
Tono Nl. Conjuntivas: Nl.

Boca:
Spesis, caries dental, lengua seca, saburral.

CUELLO:

Ganglios:
Negativo.

TORAX:

Pulmones:
Bien ventilados, Senos Nl.

Corazón:
F.C. 88 por minuto rítmico, reforzamiento del segundo ruido en Foco Pulmonar y Foco Aórtico.

ABDOMEN:

Hígado: Nl. Bazo: normal.

EXTREMIDADES:

Hay cambios tróficos en piel, así como señales de picadura de pulga. Paciente quejumbrosa con crisis de temblor generalizado que cede al ordenárselo. En pesimas condiciones nutricionales, deshidratada, buena colaboradora.

Piel pálida, sucia, con señales de piquetes de ectoparásitos Masas Musculares hipetróficas, Panículo adiposo escaso.

Hay hiperreflexia osteotendinosa de Miembros Inferiores. Babinsky negativo.

DIAGNOSTICO CLINICO PROVISIONAL (de ingreso):

1) Desnutrición crónica del adulto.
2) Anemia secundaria a (1)
3) D.H.E. moderado.
4) T. . .
5) Síndrome de conversión.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Revisamos datos contenidos en la papeleta. Encuentro que la paciente en cama está consciente, bien orientada en todos los aspectos. Su memoria es normal. Presenta movimientos que consisten en sacudidas laterales de la cabeza (como movimientos de negación). Frecuentemente entorna los ojos y también sacude temblorosamente ambos brazos. Con hipnosis superficial desaparecen los movimientos y expone lo que sigue:

Desde hace casi dos años dejó al padre de sus hijos y vive "posando" en casa de una señora cuyo nombre dijo no acordarse, aunque después, sin darse cuenta, en el curso de su relato, la nombró varias veces. Desde hace un año, una menor (17) años que se llama Hilda y que procede de la finca "El Naranjo", cerca del Puerto de San José, fue inducida por la paciente a abandonar el hogar paterno, para venir a "posar con ella". Antes del ingreso de la paciente tuvo un fuerte altercado con Hilda, como consecuencia, Hilda regresó al lado de su padre. La paciente teme que el padre de Hilda haga algo, según le amenazó, puesto que "Hilda de seguro que ya no está como antes", puesto que ella se dió cuenta de muchas cosas. La señora de la casa no tiene ninguna pena ya que solo le daba posada, pero la paciente teme que ella fue cómplice al ayudar a la menor, sacándola de su casa subrepticiamente. Pienso que es difícil saber en este caso donde comienza la histeria y donde principia la simulación. En la forma de exponer sus problemas se observan varios rasgos que hacen pensar en personalidad sociopática. Creo que debemos utilizar la ayuda del servicio social para iniciar las investigaciones pertinentes en relación al tipo de vida que lleva esta señora. Para predisponer más mi opinión, indicó que había decidido abandonar al esposo "porque era muy celoso y mal pensado".

NOTA:

No se hizo la investigación del Servicio Social.
No se cumplió el tratamiento sugerido.
La paciente fue trasladada al Hospital Neuropsiquiátrico.

13.- GENERALES:

M.M.C., 48 años, originario de Zacapa y residente en la misma, casado con 4 hijos (24 años el mayor y 2 años el menor) alfabeto, de oficio agricultor (?)

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor de MII por caída a las 5:00 A.M. del 10 de Julio de 1970.

HISTORIA:

Paciente que hace un año recibió un balazo en la pierna izquierda al estar libando alcohol en compañía de unos amigos. Fué intervenido quirúrgicamente en Puerto Barrios (Osteosíntesis), quedando con espica por 6 meses, que le fue quitada en el Hospital de Zacapa, luego fue dado de alta y se retiró a su casa, hasta que nuevamente se cayó, fracturándose el fémur izquierdo.

ANTECEDENTES:

Quirúrgicos:
Hospitalarios: lo referido en la historia.

Patológicos:
Ninguno de importancia.

Socioeconómicos:
Hogar formado por esposa y 4 hijos, el mayor de 24 años y el menor de 2 años. Económicamente es sostenido por la esposa desde hace 12 años.

REVISION POR SISTEMAS:

Negativo.

EXAMEN FISICO:

P/A, 120/80; Temperatura: 40°C; Pulso, 92X'

Paciente de aspecto sano, consciente, orientado, colaborador, exigente, de modales bruscos.

Pies y metabolismo:
Normal.

Cardiopulmonar:
Normal.

Abdomen:
Normal.

Genitales:
Normales.

Osteomuscular:
Edema del muslo izquierdo, dolor espontáneo y a los movimientos pasivos. Ligera deformidad a nivel de 1/3 inferior.

Neumológico:
Normal.

Radiológicamente se observó un callo de consolidación en la unión del tercio medio con el tercio inferior del fémur izquierdo grueso y de apariencia satisfactoria en cuanto a consolidación se refiere.

Inmediatamente por arriba (más o menos 5 cm.) se aprecia una nueva fractura transversa con ligero desplazamiento de fragmento.

Tratamiento:
Tracción esquelética.

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Interrogamos al paciente que trata de moderar sus modales; deja ver que se trata de una persona exigente que quiere que todos le sirvan y lo atiendan. -"En este mundo nada vale la pena, no se encuentran amigos, todos son engañosos"- Siempre desea lo mejor para él, aún dentro del hospital quiere que sus hijos lo atiendan.

Este enfermo pasó 15 años detenido por homicidio, fue liberado hace dos años y durante ese tiempo fue la esposa quien atendió el hogar y los hijos; todavía lo hace porque el paciente es ahora alcohólico, que pasa la mayor parte del tiempo "buscando trabajo" en compañía de los amigos. Así fue como lo hirieron de un balazo hace un año.

En su casa se mantiene irritable, mal humorado, gritando a los hijos y a la esposa. Quizá su inadaptación por haber estado detenido lo llevó al alcoholismo y su complejo de culpa lo mantiene irritable, pudiendo terminar en su autocastigo como es la fractura.

ESTUDIO PSICOFISIOLOGICO DE PACIENTES EN SERVICIOS DE EMERGENCIA

Los pacientes que acuden a los servicios de emergencia, son más ansiosos, angustiados, teatrales y agresivos que el resto de pacientes que consultan en otros lugares.

Generalmente, la causa del trastorno por el que acuden es de índole psiquiátrica; son más exigentes que el resto de pacientes, es difícil retornarlos a su estado normal, siempre van acompañados de una o más personas, que son, en última instancia, quienes mantienen viva la llama de la neurosis.

El personal hospitalario no se encuentra preparado para recibir a estos enfermos: generalmente es agresivo con ellos, tratándolos con cierto desprecio.

El mismo médico ha puesto de moda la neurosis y las manifestaciones histéricas como algo que no amerita tratamiento de urgencia. Tanto así, que según nuestras observaciones personales, el paciente psicofisiológico es tratado exclusivamente con sedantes y el tratamiento psiquiátrico es nulo.

EMERGENCIAS

CASO 1.

C. L., casada, 4 hijos, 43 años.

MOTIVO DE CONSULTA:

Ardor, dolor de corazón, anorexia, dolor de piernas, va a perder el sentido.

HISTORIA:

La paciente refiere "una llaga" en el hipocondrio derecho que se alivia al ponerse una Compresa fría, luego la molestia se pasa al hipocondrio izquierdo.

ANTECEDENTES:

Operada en 1940; después de una cólera: Colesistectomía.

OBSERVACION:

La molestia se repite cuando tiene trastornos emocionales. Quisiera ser operada nuevamente, la operación anterior quedó bien pero quiere que le saquen radiografías. Se incomoda con sus niños. El esposo es alcohólico. Ella tiene miedo. Cuando tiene miedo le rechinan los dientes y le dan ganas de deshacer a los niños, luego le da frío; se mantiene con sueño y frío. Al hacer una comparación entre los niños y el esposo, le dan más ganas de deshacer al esposo. Todo le da cólera, todos los alimentos le caen mal, en especial las grasas que le dan dolor abdominal.

TRATAMIENTO:

Papaverina, Atropina. Mejoría y egreso.

CASO 2

P. F. A., 32 años, residente en esta capital, vive solo, tractorista.

MOTIVO DE CONSULTA:

Ideas delirantes de culpa: "acabo de matar a mi Madre". Exitación, temblor de cuerpo. Politraumatismos por haberse embarrancado (él mismo se embarrancó).

Horas más tarde el paciente es interrogado: Refiere haber estado bebiendo durante más o menos 12 días. Súbitamente se abstuvo hace 12 horas, entra en período de exitación y abstinencia con problemas directos con su Madre y decide matarse para lo cual se tira en un barranco que ignora donde queda, causa de su ingreso.

Presenta diferentes contusiones sin tener fracturas.

Estudio radiológico: Negativo.

Su constitución física es muy buena. No aparenta ser alcohólico crónico. Después del examen físico se le coloca en camilla y se observa . . . horas después se le da el alta.

CASO 3.

O. C., 27 años, con 3 hijos, residente en esta capital.

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor de dientes y maxilares y sensación de opresión precordial de 12 horas de evolución, llega agitada, siente que "no se alcanza". La señora dice que en varias oportunidades ha tenido los mismos síntomas. Tiene relación con problemas emocionales. Al interrogarla habla de un pequeño hijo de 3 años hidrocéfalo; de su esposo alcohólico, de los pleitos con su suegra y, que además, hace más de un año que permanece separada de la familia materna. En este momento llora y brota la tristeza que la mantuvo consternada todo ese tiempo. Se le ordena reposo, relajación progresiva, y la paciente es dada de alta después de una charla constructiva en buenas condiciones. Tratamiento descontinuado.

CASO 4.

X. X., 24 años, originario de El Rancho, Zacapa. Traído a la Emergencia en vilo entre su hermano y su esposa, ésta de 15 años.

INGRESO:

Dice su hermano en tono altivo "Quiero que hospitalicen a mi hermano! " –padece de ataques y se pone tieso y está muy grave.

El paciente tiene varios ingresos a la emergencia por la misma causa. Esta vez llega con imposibilidad de expresión verbal. Por gestos indica

que no puede hablar. Su hermano comenta que hace tres días que está mudo e insiste en que le hospitalice. La esposa (15 años), refiere que su esposo es muy exigente, que le gustan las atenciones y hace "berrinches" cuando no lo complace. Llevan cuatro meses de casados, y a través de la charla, deja entrever su insatisfacción respecto a la vida conyugal.

TRATAMIENTO:

Sedantes-hipnóticos. Resultado: repite el acceso cada vez que lo visitan, pues fue ingresado. Días después se le da el alta.

CASO 5.

X. X., de 34 años, originario de Zacapa, casado, con 7 hijos, labrador.

MOTIVO DE CONSULTA:

Dificultad respiratoria.

HISTORIA:

Paciente que desde hace 7 años padece accesos asmáticos. Se automedica con adrenalina, único fármaco que lo alivia, según asevera.

Al examen: acceso asmático característico.

Se entrevista al paciente y se le explica que se le dará una medicina más efectiva. Se presenta la esposa y el acceso se hace más fuerte. Se le administran 20 cc. IV de Solución Salina Isotónica y se le ordena reposo.

Después de 10 minutos el paciente mejora, tiene altercado con su esposa y vuelve el acceso asmático del cual no es posible mejorarlo si no es con ACTH, después de lo cual egresa.

CASO 6.

Paciente de 27 años, soldado, soltero, por terminar su servicio obligatorio de 30 meses.

MOTIVO DE CONSULTA:

Dice el paciente que en un mes presenta constantemente dolor lumbar referido a epigastrio que hace tres días se agudizó presentándose en cuadro de apnea, momentánea (i minuto) cianosis y dificultad para hablar.

El paciente desea vehementemente hospitalización.

EXAMEN FISICO:

Negativo:

Tratamiento: Sedación –hospitalización–. Mejora.

CASO 7.

Paciente de 19 años, soltero, hijo único que viven con sus abuelos, consulta por "padecer de los riñones".

HISTORIA:

Desde hace dos meses que se presentó a su nuevo trabajo, sufre dolores en la región lumar derecha, referida a epigastrio, que él atribuye a los riñones.

Al examen presenta aumento de los ruidos intestinales y dolor a la palpación. Cuando se le distrae no se manifiesta el dolor. Al interrogatorio se muestra evasivo y temeroso. Se trata de extraer a través de la charla la causa de su inestabilidad psico-fisiológica. El niega con énfasis toda causa extrafisiológica como medio de auto defensa. Deducimos que su condición cultural es pobre y sus deseos inmoderados de ser más de lo que es, le producen un estado de ansiedad.

TRATAMIENTO:

Antiespasmódicos. Sedantes. Mejoría regular.

CASO 8.

A. M., 23 años, casada, con tres hijos, lavandera.

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor en epigastrio referido a región lumbar.

HISTORIA:

Refiere la paciente que cuando se preparaba para ir al río a lavar, súbitamente sintió dolor en el epigastrio y sensación de "ahogazón". A través de la charla nos cuenta que viven con su padre y que con él se encontraba cuando se inició el dolor. Aparentemente se queja con él con mucha frecuencia. Esta es una forma de agresividad hacia su padre quien reacciona con indiferencia. ¿Si? , ¿No? , es su respuesta corriente. Acto seguido, la paciente acusa una sensación de pelota en el estómago que luego se transforma en dolor epigástrico. El papá se queda muy preocupado cuando la paciente acude a nuestra emergencia.

TRATAMIENTO:

Antiespasmódicos. Sedantes. Mejoría satisfactoria

CASO 9.

M. E. C., 12 años, estudiante.

MOTIVO DE CONSULTA:

Cefalea, agitación.

HISTORIA:

Nos cuenta la niña: "veo una bola de fuego", acto seguido se pone a llorar en forma histérica clamando por una aspirina para: "ese dolor de cabeza que la mata".

Fue interrogada investigando datos clínicos positivos sin encontrar nada que llamara la atención. Mientras se hacía el interrogatorio la pequeña nos apremiaba por la medicina y por la presencia de su madre para que la consolara. Sólo hizo silencio cuando se lo ordenamos autoritariamente, ésto nos permitió iniciar el interrogatorio. Le preguntamos porqué quería a su mamá y nos respondió "quiero a mi mamita, porque ella me pega menos y no me regaña". ¿Menos que quien? , le preguntamos: "menos que mi papá", respondió.

El padre, un rudo trabajador de facies barbada era la causa del llanto de la niña. Por la mañana antes de irse a la escuela, había tomado "prestadas" seis cajas de cartón con las cuales comercia su papá, quien se dio cuenta y la amenazó con pegarle; ella huyó a la escuela donde empezó a ver "bolas de fuego".

TRATAMIENTO:

Se conversa con el papá y la niña mejora.

CASO 10.

P. G. L., de 9 años, originario y residente de Zacapa, estudiante.

MOTIVO DE CONSULTA:

Sensación de ahogo, visión borrosa.

HISTORIA:

Referida por la madre desesperada y ansiosa que nos cuenta que cuatro horas antes el pequeño traviesamente se comió dos tomates de un sembrado tratado con Malathión (insecticida). El niño se encontraba ayudando al papá en las labores del campo cuando súbitamente se sintió mareado, con náuseas y visión borrosa.

EXAMEN FISICO:

Buenas condiciones generales, no vomita, a ratos se desespera y le dice a su madre "estoy muy mal", luego que la madre se ha excitado, se torna tranquila.

Al interrogar detenidamente a la madre, concluimos en que su estado de agitación y ansiedad son la causa del complejo de culpa que surgió después de haber mandado obligatoriamente al pequeño a las labores del campo; éste se siente satisfecho de ver angustiada a su madre cada vez que le menciona la triada sintomática. A pesar de haber transcurrido 24 horas de la supuesta intoxicación, el estado ansioso de la madre sigue igual y el pequeño, atropinizado, permanece asintomático. Evolución: sin ningún cambio. Madre exige más tratamiento.

CASO 11.

G. R. de 16 años, estudiante de ciencias comerciales, originaria y residente de Zacapa.

MOTIVO DE CONSULTA:

Traída por los familiares después de haber ingerido 25 pastillas de mejoral.

HISTORIA:

Hacemos el interrogatorio a la paciente después de haberle practicado un lavado gástrico, el cual le produjo vómitos que expulsaron parte del contenido ingerido, y nos refiere balbuciente que tiene náuseas, dolor de cabeza y sumbido de oídos. Inicialmente dice no saber la causa que la indujo a tomar la supuesta determinación suicida, pero insiste en que no quiere ver a su hermano para que no se entere que por su causa se encuentra en esas condiciones. Ya más tranquila nos cuenta que en la vida de hogar tiene múltiples desaveniencias con su hermano mayor, sostén del hogar, quien le impide tener relaciones sociales con sus múltiples amigos con quienes sale todos los días con rumbo desconocido (?). Aparentemente en son de venganza y como manera indirecta de hostigar al hermano, quien no sabemos si la protege de malas compañías o actúa celosamente tratándola de prostituta.

ENTREVISTA GRABADA EN CINTA MAGNETOFONICA

CON UNA PACIENTE ESCOGIDA AL AZAR

EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

La siguiente entrevista grabada en cinta magnetofónica, fue tomada en un servicio de medicina de Mujeres, del Hospital General San Juan de Dios, en una paciente tomada al azar.

Después de charlar un rato con ella, se le dijo que se le iban a hacer algunas preguntas con respecto a su enfermedad, pero que éstas iban a ser grabadas en cinta magnetofónica.

La señora se asustó, pero aceptó a colaborar. Uno frente al otro, paciente y Psiquiatra, iniciaron la entrevista, que duró aproximadamente dos horas.

El objeto de incluir la entrevista es para hacer notar el sistema de interrogatorio que se sigue para hacer que el paciente exponga con el menor traumatismo posible, la mayor cantidad de datos que orienten al Médico. Para hacer notar también que sin temor alguno podemos tomar cualquier persona o paciente hospitalario, interrogarlo debidamente y encontrar datos de alteraciones psicofisiológicas.

Con esta entrevista se puede tomar un sistema de interrogatorio, haciendo énfasis en la expresión semántica del paciente e insistir en las palabras claves que expresa. Es decir, el Médico está trabajando con la expresión interna del paciente: su subconsciente.

TRANSCRIPCION DE ENTREVISTA, GRABADA CON EL CONSENTIMIENTO DE LA PACIENTE

Soy el Doctor Aguilar señora. El Doctor me pidió que la viniera a ver.

—¿Cómo se llama usted?
—A. C.
—¿Dónde nació?
—Aquí, en la capital.
—¿Sus padres eran de la capital?
—Sí.
—¿Y sus abuelos?
—También.
—¿También de la capital?
—Sí.
—Cárdenas es de Retalhuleu y Bonilla de Jalapa. ¿O no?
—Creo que sí.
—¿Es usted casada?
—Casi fui casada, porque . . .
—¿Y vive con él?
—No.
—Pero tuvo niños . . .
—Sí, una niña.
—¿Qué edad tiene usted?
—38 años.
—¿Qué hace usted?
—He trabajado en enfermería.
—¿En donde?
—He trabajado en enfermería en México.
—¿Y qué la llevo a México?
—Pues, tenía muchos deseos de conocer y me quedé allá.
—Y yo, pues tenía 19 años, estaba joven.
—¿Y él?
—El era un señor ya grande.
—¿Cómo era él?
—Bajo, estatura regular. Bueno, su carácter muy atento, muy amable. No me explico cómo me fui a enamorar de él.
—¿Por qué no se explica?
—Porque una mujer, al menos a mí, no me gustaban las relaciones con hombres casados, y esa vez sí, no sé en realidad qué me pasó.
—Entonces, su madre la llegó a sacar de la casa de la señora ésta, cuando . . .
—No, yo me fui y busqué un cuarto.
—¿Y cómo es que se fue?
—Me fui y le fui a quitar a mi hija a mi mamá.
—¿A su mamá?

—Sí.
—Su mamá había llegado antes por su niña?
—Sí, antes cuando tenía 8 meses se la llevó.
—Pero usted dice que antes había llegado a su casa, que llegó a esa casa a traerla.
—No, aquí al hospital me dijo ella.
—No, pero cuando usted vivía en esa casa me había contado que su mamá le había quitado a la niña.
—No, porque 8 meses estuve viviendo con mi mamá. Yo trabajaba en una zapatería de la "Incatecu"; en esa época trabajaba en la "Incatecu" para comprar alimentos para la casa. Entonces después fue cuando mi mamá me dijo que a ella le salió un empleo y se la llevó a una finca a mi hija por una temporada.
—Usted me había dicho que su mamá se llevaba a la niña mientras usted organizaba su vida. ¿Qué era lo que pasaba?
—Sí, era cuando mi hermana era amiga del hermano de la señora. Entonces fue cuando me hablaron y me dijeron que no había ningún inconveniente en que me quedara en la casa de ellos mientras yo me organizaba, y fue cuando mi mamá se fue a la finca y la niña tenía un año 8 meses; fue cuando le dije a mi mamá que ya podía tener a la niña y entonces . . .
—¿De quien es la primera niña?
—De R. C.
—R. C. . . . . Y, la segunda?
—¿El niño?
—El niño es de D. R., de Chihuahua.
—¿Y qué pasó con R. C.?
—Es que mi mamá con ese su carácter . . .
—¿Qué pasó con R. C.?
—Ella le pegó a él.
—¿Por qué?
—Y lo mandó a la cárcel.
—¿Por qué?
—Porque yo era menor de edad cuando él abuso de mí.
—¿En qué año fue?
—En el 48, 1948 creo.
—Qué edad tenía usted en el 48?
—17 años y meses.
—Y ahora, qué le está pasando señora?
—Quien sabe.
—Qué le está pasando? ¿Por qué se vino de México?
—Porque ya se me había vencido el tiempo
—¿Estaba con permiso allá?
—Sí. Es que pasó un asunto, que yo en México estaba ilegalmente. No me quise casar con el padre de mi hijo y yo lo dejé en la puerta del Registro Civil. Lo dejé yo plantado, porque ya cuando íbamos a casarnos él me dio una cachetada. Entonces yo en ese momento reaccioné de otro modo y no me casé y después de ese momento nos separamos . . . Bueno,

en la intimidad porque dijo que él era muy católico y que no iba a seguir viviendo así conmigo, que si no nos casábamos, que tampoco podríamos tener relaciones.
—¿Cuándo fue eso?
—Cuando nos íbamos a casar.
—¿Cuándo?
—Tenía yo 3 meses de embarazo de mi hijo.
—¿Cuánto tiempo estuvo en México?
—15 años.
—¿La encontraron las autoridades de Migración?
—No, no tenía yo . . .
—¿Tanto tiempo le dieron para estar allá?
—No, yo me lo tomé. Yo iba para 6 meses.
—¿Entonces, por qué ahora se quedó poco tiempo si se había estado allá varios años?
—Porque ya no quería yo estar ilegalmente. Ya no quería yo faltar a la ley.
—¿Por qué después de tanto tiempo le entró por estar legalmente allá?
—Pues, primero porque yo quería estar lejos; después me llevé a mi hija a los 4 años cuando vine a México.
—¿Cuánto hace de eso?
—Hace 11 años, y después regresé con mi hija pero como ya me habían golpeado entre las dos, dos veces, entonces me dije que no tenía ningún caso venir y me quedé.
—Y ahora, ¿por qué vino?
—Porque me quería ir a Estados Unidos.
—¿Por que no a México?
—Ya no quiero volver.
—¿No me dijo que quería vivir legalmente allá?
—No, no, es que me ayudaron a arreglar mi residencia en México y el padre de mi hijo sí ha querido casarse conmigo nuevamente y como él en aquel otro me golpeó, no he querido tener problemas así. Mejor trabajo y vivo al lado de mi hijo. Esas han sido mis intenciones, y para eso estuve un mes aquí.
—¿Qué vino a hacer?
—Traje a mi hijo a pasear. Pensaba que nos fuéramos a Estados Unidos los dos, pero no fue posible y me gasté el dinero que tenía y nos regresamos a México.
—¿Por qué no fue posible?
—En primer lugar, porque ya se acercaban las clases y mi hijo entra a la escuela el 6 de abril, y como aquí con mi mamá estuve viviendo esos meses con mi hijo, pero las dificultades ya las veía igual como las veía con mi hija, pero mi hija era peor, porque mi hija le pegaba a ella, entonces yo dije que . . .
—¿Qué hace su hija?
—Pues ya se casó.

—¿Con quién?
—Con un muchacho que había ido a Estados Unidos.
—¿Con quién se caso?
—Con M. M.
—¿Qué hace él?
—El trabaja con unas amistades de mi hermana.
—¿Qué hace él?
—Ahorita está en Estados Unidos.
—¿Qué hace él formalmente? ¿Qué hace?
—Pues él manejaba un carro y en la tarde en . . . allí trabajaba.
—¿Entonces su hija no está con él?
—No, está con mi mamá que era lo que mi mamá quería.
—¿Por qué se separaron?
—Porque después que a mi mamá le urgía que se casaran, ahora le urgía separarlos.
—¿Por qué?
—Porque así era ella.
—¿Cómo era M. M.?
—Así . . . Delgadito . . .
—¿Cómo era su carácter?
—Apacible.
—¿Tomaba?
—Bueno, al menos yo supe que no, porque cuando yo vine fue cuando yo me di cuenta de cada persona.
—¿Tienen hijos?
—Un niño como de 11 meses.
—¿Y ahora qué le está pasando a usted? ¿Qué la trae al hospital?
—Pues, por eso que le digo de los ojos, que se me estaban saliendo y no miraba en la calle.
—¿A qué lo atribuye usted?
—No lo sé.
—¿Cuánto tiempo hace que está en el hospital?
—El 11 de abril cumpli un mes.
—¿Qué le han dicho que tiene?
—Que es la tiroides, dicen.
—¿Qué quisiera hacer usted?
—Quién sabe, a veces me desespero tanto . . . No podría decirlo.
—¿Qué quisiera hacer usted?
—Quiero estar al lado de mi hijo que es lo que a mi me tiene nerviosa.

Pero pensé que si me lo traía, era un egoísmo de mi parte no dejarlo terminar sus estudios, puesto que aquí sería difícil para él, y eso pues me ha perjudicado, pues yo quisiera regresar a México, pero las fronteras para mi están cerradas.

—¿Por qué están cerradas para usted?
—Porque yo fui a Migración, pedí mi salida, pero por estar ilegalmente me han castigado. Llegué a la frontera y al no poder pasar yo me enfermé.
—¿Cuándo fue eso?
—Fue el 5 de marzo, cuando yo estuve en la frontera.
—¿Qué sintió cuando no la dejaron pasar?
—Sentía nerviosismo.
—¿Cómo se sintió?
—No sé . . .
—¿Cómo se sintió al no poder pasar al otro lado?
—Pues sentí angustia y pensaba que no podría ver nunca más a mi hijo, y regresé con esa . . . esa decepción.
—¿Qué quiere decir con esa decepción?
—Pues fíjese que yo con mi hijo en agosto nos salimos por otra frontera porque sabía que por allí no me iban a dejar.
—¿Sin papeles?
—No, con pasaporte nuevo y pasé pero ya esta vez me atuve y al pasar por esa frontera, y por mala suerte se dieron cuenta que yo ya había ido a México y había regresado y entonces dieron aviso, a las otras fronteras de que no me dejaran pasar. Y eso es lo que me pasó y tengo los nervios alterados.
—¿Qué sintió?
—No sabría decirle.
—¿Qué pensó?
—Pues que a mi hijo no podía yo perderlo.
—¿Cómo se sintió?
—Mal, completamente mal.
—¿Cómo mal?
—Nerviosa, nada más.
—¿Nada más?
—Después he vivido llorando.
—¿Después?
—Después que no pude pasar.
—¿Se sintió cómo?
—Con tristeza.
—¿Pero cómo? ¿Cómo se siente que no lo dejen pasar a uno?
—Pues . . .
—¿Cómo: ¿Cómo piensa uno? ¿Cómo se siente?
—Pues, que yo ya no me iba a poder quedar como antes 4 años, después 11 años y había prometido que no me iba a portar mal puesto que no quería perder una visa que tenía por 5 años para Estados Unidos, y como al quedarse uno pues le quitan el pasaporte, entonces yo dije pues no, me voy a Estados Unidos, trabajo vivo y ya las cosas serán otras . . . pero . . .
—¿En qué fecha ingresó usted al hospital?
—El 11 de marzo.
—Cómo se sentía cuando ingreso
—Pues muy nerviosa me sentía

—¿Y qué hizo usted después que no la dejaron pasar por la frontera?

—Me regresé a Guatemala.

—¿Con quién?

—Con mi hermana

—¿Y qué dijo su hermana?

—Pues que qué tenía México, que yo nada más... que a lo mejor...

—¿Por?

—Por algún enamorado que tengo allá.

—¿Pero quién?

—Pues ella me dijo eso y me dolió más porque no era cierto eso.

—¿Por qué su hermana piensa eso de usted? ¿Por qué será?

—¡No más piensan que yo estoy pensando en personas!

—¿Por qué cree su hermana eso de usted?

—Tal vez porque ella será así.

—¿Ella es así? ¿Ella es así?

—No, yo digo pues, porque si yo no fuera así, no puedo pensar así de otra persona, ahora si no es así, entonces uno puede pensar eso de otra persona.

—Es lógico.

—¿Que sintió usted cuando no la dejaron pasar y su hermana le dijo eso?

—Pues me sentí mal.

—¿Qué sintió?

—No sé, me sentía nerviosa y triste.

—¿Qué más sentía?

—Pues quería morirme, mejor y ahora con eso de que el papá de mi hijo no vive con ninguna persona y todo lo que tiene es mi hijo y todo lo que yo tengo es él, por tanto, he temido que ahora que sabe que no puedo pasar a México...

—¿Por qué lo sabe él?

—Porque yo hablé por teléfono el día 6.

—¿De dónde?

—De aquí de Guatel.

—¿De qué Cuartel?

—De Guatel. Yo quería encargarle que mi hijo no viera el eclipse y le escribí hace un mes y no me contestan y tuve que regresar aquí y no he recibido carta. Y hace poco escribí otra vez ... A ver si me contestan y por esa razón pienso que él pudiera tener a mi hijo para quedarse con él. En segundo lugar se encuentra solo y sin compañía y le han de aconsejar que si ella que es su mamá no vive con usted... y de todas maneras, quédese con el niño. ... y esa es mi angustia y ya he pensado escribir una carta a Migración Departamental de Población para que me disculpen, que yo salí por mi voluntad, no porque me hubieran deportado.

—¿Pero estaba ilegalmente?

—Sí, pero de todas maneras es perdonado, pues yo pedí mi salida, no me aprendieron y además es comprobable que yo tengo un hijo allá; mando un conocimiento de ésto y a ver si se arregla para poder entrar a México, ya no a quedarme ni nada porque ya ni quería estar allí.

—¿Por qué no quiere quedarse?

—Pues no quiero y ahora menos, con todo lo que me ha pasado, menos, ya nada más entraría por mi hijo.

—¿Y si el papá no la dejara?

—Entonces a saber. Quien sabe cómo lo arreglaría porque si eso llegara a suceder, quien sabe qué me pasaría a mí.

—¿Cómo así?

—En Junio, a fines de junio, mi hijo sale de la escuela. A principios de junio quedamos en que él me lo mandaba a dejar con él. Iba a venir directamente con el niño, a dejarlo, pero eso fue cuando yo me vine, y podía ser que se llegara a realizar, como también no.

—¿Cómo se llama su hijo?

—D.R.C.

—¿En qué año nació?

—En el 58.

—¿Qué edad tiene?

—12 años.

—¿Cómo se llama su hija?

—E. del C.C.

—¿No está reconocida?

—No, por caprichos.

—¿Cómo así?

—Porque yo no quise.

—¿Por qué no quiso?

—Porque yo le tenía odio a él.

—¿Por qué le tenía odio a él?

—Pues, por todo lo que me pasó, por lo que sufrí.

—¿Cómo así?

—Por no haberme quedado con la niña.

—¿Cómo fue que pasó a más con el papá de la niña?

—Pues por una amiga de él.

—Cuénteme de eso. ¿Quién era la amiga de él?

—O.G. Ella era la que se encargaba de todo.

—¿De qué se encargaba?

—Pues de hablarle de mí sin que yo lo supiera y que yo lo quería. Y era mentira.

—¿Nunca lo quiso?

—NO.

—¿Y cómo pasó eso?

—Porque él me mandaba cartas y ella las contestaba. Me las daba a mí a leer y luego ella las contestaba.

—¿Y cómo pasó? ¿Cómo tuvo relaciones íntimas con él?

—Por ella, porque él iba a ver a su hermanito al hospital y luego que me mandaba cartas y ella las contestaba.

—¿Y cómo llegó a tener relaciones íntimas con él?

—Porque se valía de eso que yo lo quería y que ya había contestado su carta.

—No le estoy preguntando de usted. ¿Cómo fue que tuvo relaciones con él? No le estoy preguntando porqué las tuvo.

—Porque ella me invitó a su casa un día y luego él llegó y nos dejó solos, y entonces él de eso se valió. No fue cosa mía.

—¿Cuánto tiempo se quedaron solos antes de que él intentara hacer algo. ¿Cuánto tiempo los dejó solos?

—Pues ella desapareció y nos dejó solos en la casa. Ella debe haber estado oculta en la misma casa porque ella era muy amiga de él.

—¿Y cuánto tiempo estuvieron solos en la casa?

—No fue mucho tiempo.

—¿Cuánto tiempo?

—No fue mucho y fue mucho porque . . . como media hora y de allí vino la niña.

—¿Y cómo era él?

—Moreno, estatura un poco más alto que yo.

—¿Guapo?

—No, feo.

—¿Por que era feo? ¿Cómo?

—Pues . . . Bueno . . . que . . . de cara tenía feas facciones.

—¿Y de cuerpo? ¿No era fuerte? ¿No era así bien dado?

—No fuerte no. Era delgado, pero para mí no ha sido hombre.

—¿Por qué?

—Pues ahora me doy cuenta de la razón, porque en realidad era persona . . . francamente, ¿Cómo dijera? . . . no me merecía.

—¿Cómo así?

—En primer lugar porque su modo de proceder tan bajo, besarme a la fuerza y luego abusar por medio de su amiga.

—¿Qué hizo usted?

—Defenderme y . . . pero como tenía un plan.

—¿Ah sí?

—Sí, ellos ya habían hablado quien sabe qué. El ya había entrado a la casa a pedirme y yo no quise, luego, porque yo no le llamaba noviazgo y luego yo creía que era su novia porque me besaba; pero al fin de cuentas yo no lo quería y cuando vino a pedirme le dije que no lo quería.

—¿Ya habían pasado a más cuando entró a pedirla?

—No, entró como 2 o 3 veces a pedirme y yo no acepté, entonces él formó plan con su amiga, que después él me lo dijo y me dijo que lo había hecho para que me casara con él. Que lo dispensara pero que él pensaba que nada más de esa forma me iba a casar con él.

—¿Cómo conoció al papá de su niño?

—¿De mi hijo?

—Sí.

—Pues nos conocimos allá, una tía mía tenía una tienda . . .

—¿Tía suya, pura tía carnal?

—Pues quien sabe. Era prima de mi abuelita.

—¿Tía abuela?

—Y había puesto la tienda porque . . .

—¿Qué apellido?

—Asturias. Y luego . . . Ya se murió pero a mí me trató muy mal; quería que yo lo hiciera todo lo que había que hacer en la tienda.

—¿Y cómo lo conoció a él?

—Pues porque llegaba a la tienda.

—¿Cómo es que resultó enredada con él?

—Porque una vez llegaba un señor a la casa y entonces yo tenía varios enamorados, pero el que más me parecía era el papá de mi hijo.

—¿Por qué?

—Por sencillo, porque no era bien parecido el señor, pero no por eso, que me parecía mejor por su sencillez.

—¿Qué quiere usted decir con su sencillez? Era el más "seguro" de todos? (1)

—En primer lugar era pobre.

—¿Y el que más apreció iba a hacer de usted?

—Sí, yo sentía que iba a hacer más aprecio de mí.

—¿Y por qué pensaba que los demás no iban a hacer aprecio?

—No sé.

—¿Por qué?

—No se.

—¿Por qué, que la hacía pensar eso?

—Pues en primer lugar que unos tenían dinero y no sé por qué.

—¿Qué hacían ellos que a usted no le gustaba?

—No eran muy decentes también. Me parecía mejor a él.

—¿Más seguro?

—Sí y se me declaró y eramos novios, pero como llegaba un señor, uno que era de la Judicial, ya era grande y jubilado y me pretendía y a mi tía le daba mucha confianza y yo me enojé y agarré las botellas de refrescos y regué toda la tienda, porque ya le había dicho yo que si volvía a poner los pies en la tienda, nada más porque . . . yo ya no quería estar con mi tía en la tienda, y yo sabía que él venía y me dijo, vamos me dice, yo la acompaño -dice- donde un amigo que es Médico, este doctor Martínez de San Juan de Letrán que es muy . . . que lo sacan mucho por radio y le hacen mucha propaganda, entonces yo pensaba . . . en efecto, me llevó y mi tía me dió permiso y me llevó.

—¿El judicial la llevó?

—Sí, pero ya no era judicial y mi tía me dice, pues ve, ya que si querés ir a trabajar a la calle, pues . . . pues sí, porque mi ropa, todo se me está terminando, le dijo, y con usted yo nada más trabajo y no recibía nada. Para más la sirvienta si recibía sueldo y también le robaba dinero y

yo ni un dulce me podía comer porque me regañaba, pero si quería que yo le trabajara, entonces como dijo ella que quería trabajar, que sí quería yo y me dio permiso y me llevó con ese doctor con que iba a trabajar y entonces me llevó a otro piso y me dijo que escogiera toda la ropa que yo quisiera y le dije que no, que muchas gracias, entonces allí fue donde empezó el señor a querer tener confianza conmigo y llegaba a la tienda, y no me faltaba pero ya con eso daba mala espina y entonces a mi ya me cayó mal desde ese momento, y yo le dije a mi tía que no iba a aceptar el trabajo de ese señor, de ese su amigo y ya cuando le veía llegar me daba coraje, y le llevaba regalos a mi tía porque ella me diera permiso, entonces le dije, mire señor, si usted vuelve aquí, yo le voy a . . . ya va a ver lo que va a pasar le dije un día. Como no hizo caso, le estrellé todos los libros y allí estaba y tuvo que salir corriendo y me huí de la casa entonces como yo andaba de novia de él, le hablé que yo estaba en otra dirección y entonces él me propuso matrimonio y le dije que por ahorita no le podía aceptar, que él quería formar casa conmigo, como le dicen allá, y entonces fue cuando me fui con él, y me buscó mi casa y ya me puse a vivir con él.

—¿Cuánto tiempo tenían de novios?

—Novios, pues meses.

—¿Era buena gente?

—Si, muy buena gente.

—¿Lo quería usted?

—No, nunca.

—¿Por qué no lo quería?

—Quien sabe.

—¿Qué será que no lo quería?

——Quien sabe, pero no lo quise nunca ni lo quiero.

—¿Qué siento ahora por él?

—Lástima.

—¿Por qué lástima?

—Bueno, tan enfermo es él como soy yo ahora.

—¿Cómo así?

—Porque él se va a morir. Tenía cáncer en el hígado y en el corazón, una complicación. Entonces, él seguía trabajando y ya había perdido completamente su fisonomía. Tenía un apartamento, una casa con muebles y todo, pero él no conocía la casa, nada más llevaba yo al niño los sábados a su trabajo para que le diera los centavos que le daba cada semana y entonces en una de tantas semanas cuando yo fuí lo vi muy malo pero él todavía no había dicho nada. Pero a la siguiente semana me dice el de la esquina del periódico: fíjese que el señor está muy malo. Casi no podía andar, me dijo. Entonces llegó su hermano.

—¿Cuándo fue eso?

—Cuando él se enfermó, hace más de un año.

—¿Y está mejor ahora?

—Pues sí, cuando me lo llevé a la casa estaba muy grave y se internó en la casa y salió muy bien. Y al salir de su casa le dije porque ya tu convalecencia ya la hiciste, y él no se quería ir . . . Y luego . . . el hombre se veía feliz en la casa y luego tuvo que irse. Lo busqué en la casa de un amigo de él, le llevamos sus cosas y se enfermó a los pocos días, volvió a caer y me lo tuve que llevar a la casa otra vez porque la señora del amigo estaba muy angustiada, tenía miedo de que se le fuera a morir allí. Me dice, ¿Por qué no se lo lleva? . Fíjese que está muy mal . . . sí, le dije, y me lo tuve que volver a llevar a la casa . . . total todo eso pasó hace un año, en esas idas y venidas.

—¿Hasta cuando?

—Estuvo varios meses en la casa.

—¿Y hasta cuándo fue que . . .?

—Hasta ahorita que ya se compuso pues le dije yo: mira, ya no me des nada por el niño, ponte bien, toma tus jugos, come a tus horas. Y yo le seguía lavando la ropa . . . no tengas pena. Pero como me vine para aca . . .

—¿Cuándo fué que se vino? ¿Cuándo regresó?

—El 5 de enero.

—¿Desde enero está aquí ahora?

—Sí.

—¿Qué estuvo haciendo todo ese tiempo aquí?

—Estuve con mi mamá un mes, pero me sentí mal y pensaba regresar ya de nuevo porque como me gasté el dinero, pues todos los centavos que tenía, pocos y muchos a la vez -¿no? - nos los gastamos con mi hijo cuando volvimos a México.

—¿Por qué regresaron?

—Porque mi hijo no quería quedarse aquí a estudiar.

—¿Por qué regresó usted aquí?

—Ahora de nuevo porque me habían dado poco tiempo.

—Pero antes le habían dado poco tiempo y se estuvo allá varios años

—Pero ahora ya no quería estarme así. Entonces fuí a Migración a pedir un mes de permiso..

—¿La tenían controlada entonces?

—No, no, fui a Migración a que me dieran un mes de permiso y me lo dieron, luego iba a salir cuando se venciera emi tiempo. Salí de allá, el 6 de enero tenía que estar aquí en la frontera, pero la sorpresa de que yo podía llegar otra vez porque ya había regresado, pero ya no pude entrar y . . .

—¿Y qué es lo que alegan ahora en México?

—Nada, nada me dijo el señor de Migración, de allí de la frontera.

—¿Pero por qué no la dejan entrar?

—Estaba castigada me dijo.

—¿Por qué?

—Nada más así me dijo, está castigada.

—¿Pero por qué?

—Porque estuve ilegalmente allá; pero yo no debo estar castigada por motivo de que yo misma pedí mi salida y además tengo un hijo mexicano y he pensado arreglar yo eso: escribir para que me dispense porque a una señora así le pasó y no tenía ningún hijo.

—¿Y ahora qué . . .?
—Y la perdonaron.
—¿Y su . . . el papá del niño qué actitud ha tomado?
—No se, fíjese que no . . .
—¿A él le escribió?
—No, a él no le escribo ni una letra.
—Pues si no es nada mío y él tampoco me escribe nada cuando va.
—¿No le escribe? ¿Por qué no?
—Porque yo nunca le he escrito tampoco; el niño es el único que . . .
—¿Y él tiene otras mujeres?
—No, ninguna.
—¿Nunca ha tenido otras mujeres? ¿Usted fue su primera mujer?
—Sí . . . bueno, tal vez tuvo, pero . . .
—¿Cómo es él sexualmente? ¿Muy poco para eso? ¿Qué problema tiene él sexualmente?
—Quien sabe.
—¿Cómo se comporta él en la intimidad?
—Pues, yo en ese tiempo . . . una persona muy atenta.
—¿Todavía?
—Quien sabe.
—¿Todavía?
—Quien sabe.
—¿Le da verguenza?
—No, no sabría decirle, pero él era muy poco . . . en primer lugar, y en segundo, que me . . . no me, me daba repugnancia.
—¿La dejaba a medias?
—Me dejaba peor.
—¿Más excitada?
—Sí.
—¿Qué pasaba cuando tenía relaciones íntimas?
—Dispuse yo mejor que ya no quería . . .
—¿Qué era lo que pasaba cuando tenía relaciones íntimas con él?
—Pues yo, , muy nerviosa, muy . . .
—¿Pero como era él? ¿Cómo era la actitud sexual de él?
—No muy,. . . ¿Cómo se dice . . .?
—¿Muy rápido . . .?
—¡Aja! .
—¿Y siempre tenía erección él? o ¿A veces su erección no era buena?
—No, siempre era igual . . .
—¿Mala?
—Sí.
—No tenía buena . . .
—¿Como?
—El no tenía siempre una buena erección.
—No siempre era igual . . .

—¿Igual?
—Sí.
—¿En qué sentido?
—Así . . . rápido.
—¿Muy rápido?
—Sí, entonces yo me sentí muy mal de los nervios y por lo tanto mejor dispuse,. . . fue cuando yo le dije que mejor no quería tener relaciones con él.
—¿Por que la dejaba peor?
—Sí, me quedaba muy mal.
—¿Y en ese sentido ha habido un hombre que le guste más?
—No.
—¿Siempre se ha quedado así, a medias?
—No, no sabría decirle ¿verdad? , porque . . . tuve relaciones una vez y a esta persona si la quise . . .
—¿Allá?
—No, aquí en Quezaltenango.
—¿Con quien . . .?
—Francisco . . .
—¿Cómo?
—F.S.L.
—Sí . . . ¿y . . .?
—Y tuve relaciones con él, y con él sí . . .
—¿Por qué lo dejó?
—Porque mi familia, mi mamá ante todo siempre se interponía.
—¿Por qué?
—Porque era estudiante. Todavía estaba en bachillerato él. Entonces dicen que él me buscaba para . . .eramos novios primero y como mi mamá estaba interviniendo, entonces yo tuve relaciones íntimas con él.
—Y, ¿Qué se hizo él ahora?
—Se casó.
—¿Con quién?
—Con una señora que estaba estudiando para maestra.
—¿Quién?
—No sé su nombre.
—Entonces, ¿le daba que hacer él a usted?
—Bueno pues . . . muy buena persona
—¿La ayudaba?
—Me ayudaba, sí. Una magnífica persona.
—¿Cuánto le daba?
—Pues lo necesario.
—Pero, ¿no vivían juntos?
—Sí.
—¿El le puso a usted dónde vivir y todo?
—Sí.
—¿Qué edad tenía usted?

–Pues antes de entrar aquí a trabajar.
–¿Qué edad tenía usted?
–Creo que no cumplía 20 años todavía.
–¿Y el?
–El también era joven.
–¿Qué edad tiene?
–Bueno, él tiene casi 40 años.
–¿Y usted?
–38.
–¿Cómo era él?
–Alto, de ojos grandes, cafés, cuerpo atlético, serio y muy amable, cariñoso, sí me quiso mucho. El me fue a buscar a México.
¿Y el señor aquel de la tienda? ¿La hacía a usted feliz sexualmente?
–¿Cual señor?
–Aquel que era casado.
–No, yo no tuve relaciones con él.
–¿No las tuvo? ¿Por qué se armó ese lío entonces?
–Bueno, pues era muy natural, porque me buscaba ¿No? , pero nada más hasta ahí.
–¿Lo quiso usted alguna vez?
–Sí, yo me sentí enamorada y atraída por él, pero, francamente yo creo que no porque a quien quise fue a ese que ahorita es Magistrado.
–¿La ha ayudado ahora?
–No porque yo no . . . lo vi, sí, para quitarle las fotografías que todavía conserva mías.
–¿Dónde lo fue a ver?
–Allá en Quezaltenango.
–¿Lo fué a buscar?
–No, no, casualmente que yo fui a Quezaltenango.
–¿La reconoció?
–¡Ah sí! dijo que qué sorpresa más agradable el verme y que me seguía queriendo.
–¿Cuantos hijos tiene?
–El, pues, tres niños.
–¿Qué edad tienen?
–Quien sabe que edad tendrán . . . y así es que pasó una cosa, que cuando yo vine de México hace 11 años nos vimos y él me dijo que estaba dispuestó a enfrentarse a todos, pero yo ya había mandado a mi hijo a México, porque mi mamá seguía igual con su histerismo y entonces yo cuando volví a la realidad le dije que tenía un hijo y que..., entonces me dijo que no quería que regresara a México y que nos casáramos y yo le dije que tenía que regresar porque mi hijo me esperaba; yo tenía que escoger entre el amor y el deber, y mi hijo primero.
–¿Y cuánto tiempo estuvo con él?
–Esta vez no estuve con él

–Pero, ¿Cuánto tiempo estuvo platicando ? es decir, ¿Cuándo se vieron, ¿cuánto tiempo se platicaron?
–Pues estuve platicando como una hora, más . . .
–¿Se vieron otras veces?
–Yo estaba en el Amparo de las Jóvenes. Vine a dar allí otra vez y como daba la casualidad que él vivía como a dos cuadras de allí, en una casa de huéspedes . . .
–Bueno señora, vamos a ver que podemos hacer por usted.
–Yo quisiera saber que es lo que tengo
–Pues todo lo que le está pasando, todo lo que le pasa a usted, la tiene toda alterada. Eso altera a usted y a cualquier persona. Imagínese que quiere regresar a México y no la dejan entrar . . . pues se siente uno mal, encerrado, eso daña.
–Pero fíjese que otras veces, cuando mi mamá me quitó a mi hija, en dos ocasiones me quedé tiesa, completamente.
–¿Sin poder moverse?
–Con un frío que sentía, pero no podía moverme.
–Sí, claro, le debe haber dolido. ¿O no?
–Y mi mamá se reía a carcajadas . . . que la niña no la iba yo a encontrar, que solo ella sabía donde la tenía.
–Sí, Vamos a ver que podemos hacer por usted señora.
–Gracias doctor.
–Queda usted en su cama señora.
–Muchas gracias doctor.

EXTRACTOS BIBLIOGRAFICOS

A continuación exponemos las ideas psicofisiológicas de algunos autores Norteamericanos sobre algunos temas específicamente psicofisiológicos tales como la Histeria, la Alopesia Areata y deficiencias psicofisiológicas sobre accidentes.

El párrafo correspondiente a Conversión Histérica es de suma importancia como una nueva modalidad en Psiquiatría para hacer frente al paciente histérico durante una emergencia de ese tipo. El autor de la pauta para reconocer a través de un buen examen da historia la diferencia que existe entre el histérico, el farsante y el enfermo neurótico. Presenta algunas nuevas formas de tratamiento como la hipnosis por Amital Sódico y presenta algunos datos estadísticos sobre intervenciones quirúrgicas en pacientes histéricos. Finalmente, orienta al médico hacia una nueva actitud frente al paciente y le da la orientación terapéutica que debe aplicarse al paciente y no al síndrome.

ALOPECIA AREATA

COHEN IH et Al-
Archives of General Psichiatry.

17:608-67

Para nuestro paciente, la Alopecia Areata es un síntoma expresivo de múltiples y determinados conflictos. Algunos pacientes con carácter obsesivo e histérico presentaron fuertes tendencias a desarrollar síntomas e investir partes de su cuerpo con propiedades mágicas.

Niños expuestos a intensas experiencias sexuales, reforzaban sus defensas usando Represión, desplazamiento, Negación y simbolización. El pelo de cada niño es un enlace erótico directo con la mano de la Madre. En una reacción de conversión, el pelo sirve como una descarga erótica.

La alopecia areata ha sido considerada como una condición en la cual los factores emocionales juegan un papel importante.

DEFICIENCIA PSICOFISIOLOGICAS SOBRE ACCIDENTES.

Es interesante distinguir los accidentes de los poliaccidentes.

División de los Accidentes según sus deficiencias:

1) Defectos visuales
2) Auditivas
3) De Miembro superior
4) De Miembro inferior
5) De columna vertebral
6) Cardio vasculares
7) Nerviosos
8) Problemas Psiquiátricos
9) Equilibrio, alcoholismo.

PROBLEMAS PSIQUIATRICOS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.

MARRACH A H.
INTERNATIONAL SURGERY

Cada uno de nosotros es consciente de los elementos emocionales que acompañan muchas veces los cambios normales de la Psicología del sistema reproductivo: Menarquia, tensiones pre menstruales, frustraciones, dispareunia y frigidez. Los desórdenes emocionales pueden resultar en disfunciones somáticas, siendo ésto igualmente verdadero en la función

reproductora.

La glándula tiroides puede originar muchos problemas en obstetricia y ginecología. El hipofuncionamiento no es problema si se conoce el factor etiológico.

Así como la ansiedad puede modificar las secreciones gásticas, la Psique puede ser hostil en las propiedades físico químicas de las secreciones en contacto con el espermatozoide (flora vaginal e infección cervical hostiles al espermatozoide).

Procesos con influencia fisiológica adversa.

Ansiedad:
Ansiedad crónica
Miedo
Tensión
Frustración
Desesperación y abatimiento.

Dolor: Uno de los más importantes problemas que confronta el ginecólogo es el dolor. Psíquicamente, el dolor representa una respuesta de insatisfacción a los problemas psicológicos. La distribución de este dolor es extraña y puede ser diagnosticada como somática.

Puntos importantes en la anatomía y fisiología del dolor pélvico: Plexo aórtico, plezo hipogástrico, fibras parasimpáticas de $S_{2,3,4}$. La gran mayoría de las fibras dolorosas del útero, a menudo descritas como nervio presacro.

Es obvio que estos pacientes necesitan ayuda. Muchos ginecólogos son inhábiles para entender y manejar estos problemas.

¿Qué hace la pelvis de la mujer tan sensible a las reacciones dolorosas? . Esta área es el asiento de muchos disturbios emocionales, satisfacciones, privaciones, hostilidad, ansiedad, miedo y culpa.

CONVERSION HISTERICA:

UNA EMERGENCIA NEUROLOGICA:

Harold Stevens. Md., Ph., D. Washington, D.C.

La conversión histérica es común; ocurre en todos los estratos sociales y en todos los niveles de educación.

Thomas Sydenham en 1848 dijo: La frecuencia de la Histeria no es menos considerable que la multiplicidad de formas con que se viste. Pocas de las enfermedades de baja mortalidad no son imitadas por ella. Cualquier parte del cuerpo que ataque, creará una sintomatología propia de esa parte. Por lo tanto, sin conocimiento práctico ni habilidad el médico será engañado (2).

Que el reciente recrudecimiento de la Neurología como una disciplina autosuficiente, los pacientes histéricos aumentan el número de pacientes neurológicos. El neurológico es el especialista indicado para la aproximación del paciente histérico. Los neurólogos frecuentemente se encuentran con Histeria y tienen acceso al diagnóstico a través de varias vías:

A) HISTORIA:

Generalmente revela mujer con historia de:

a- Múltiples enfermedades en el pasado.

b- Frecuentes exámenes médicos y a menudo más operaciones quirúrgicas que los no histéricos.

c- Múltiples síntomas aditivos a la manifestación original.

d- A menudo un evento precipitante.

e- Identificación con alguien con síntomas orgánicos o funcionales.

f- Indiferencia o incapacidad (40 o/o Ziegler).

B) EXAMEN NEUROLOGICO:

Muestran:

a- Ausencia de síntomas objetivos que concuerden con los síntomas.

b- Un esquema no anatómico de parálisis u otros desórdenes.

c- Alto grado de susceptibilidad.

C) HIPNOSIS POR AMITAL SODICO:

La prueba más concluyente de histeria por conversión es la exitosa remosión del defecto con hipnosis por amital sódico. Empleando estos medios, el neurólogo puede usurpar el campo de los psiquiatras, aunque se ha observado que los pacientes pueden recaer y volverse psicópatas cuando los síntomas son removidos con sugestión

Aunque la patogénesis de la Conversión Histérica no ha sido determinada, los neurólogos tienen una obligación para con el paciente, para sacarlo de su incapacidad prontamente, antes de que los síntomas se congelen y el paciente deba ser tratado innecesariamente en forma quirúrgica. En conclusión, el tratamiento de la conversión histérica es una urgencia.

EL PROBLEMA DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO INNECESARIO:

Los pacientes histéricos se someten a un número significativamente mayor de procedimientos quirúrgicos. El promedio de pacientes en 50 mujeres histéricas que fueron tratadas quirúrgicamente fue de 3.8 o/o, número significativamente más alto que en sujetos quirúrgicos hospitalizados que fue de 1.9o/o.

El someterse a un número excesivo de operaciones quirúrgicas, es característico de los pacientes psiconeuróticos. El estudio ha demostrado que ésto es cierto para los pacientes con conversión histérica y no para aquellos que padecen otras formas de neurosis. La mayor parte de procedimientos empleados son ginecológicos. Son:

Dilatación y legrado
Ooforectomía
Histerectomía
Suspensión Uterina
Apendicectomía

Estos procedimientos son 7 veces más comunes en estos pacientes que en los sujetos a control. Vuelven estériles a una de cada tres mujeres menores de 40 años. Los procedimientos quirúrgicos abdominales están relacionados con la alta frecuencia de dolores abdominales y síntomas menstruales en la histeria. Estos pacientes tienen más procedimientos diagnósticos que los sanos bajo control.

Total: 99 operaciones en 50 pacientes histéricas.
15 operaciones en 50 pacientes sanos (control)

Los pacientes con conversión histérica, utilizan más opiáceos y sedantes que los sujetos sanos bajo control.

Ejemplo de una paciente que demuestra la importancia del diagnóstico correcto se demuestra en lo siguiente:

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad fue sometida a programación quirúrgica para creaneotomía a causa de trastornos en la visión, campos disminuidos, cefalea, ligero grado de hirsutismo. Se diagnosticó tumor en la hipófisis; se hizo consulta a neurología y se diagnosticó conversión histérica. Se practicó hipnosis con amital sódico y desaparecieron todos los síntomas histéricos. Se canceló la craneotomía.

Esto convenció tanto al médico como al cirujano y la paciente fue dada de alta.

Los neurólogos no deberían evadir el tratar pronta y definitivamente al paciente con conversión histérica. Los profesores de neurología deberían apreciar que estos problemas demandan más instrucción a los graduados y post graduados desde que el incremento pseudosofisticado del profano en el conocimiento médico se ha enriquecido y está expandiendo el espectro de signos y síntomas que el paciente histérico simula.

USO DE LA SUGESTION EN EL MEDIO AMBIENTE:

No puede negarse que la histeria es curada por la sugestión. El síntoma histérico es eludido, la personalidad y forma de vida persisten. A menudo siguen siendo histéricos aunque sin el síntoma. Esta simple y superficial medida restablece exitosamente al paciente histérico hacia un nivel más realista con sus conflictos personales y temporalmente obstruye el retiro hacia la soledad e invalidez en que pierde su propia estima. Es aconsejable evadir las técnicas psicoterapéuticas superficiales, pero no hay restricciones contra la manipulación en el medio ambiente como es aconsejado por muchos psiquiatras. Ejemplo:

Paciente femenina de 15 años de edad con 8 meses de evolución de paraplejía. Muchos exámenes negativos. Se diagnosticó astasia-abasia. La hipnósis fracasó; se supo que sus síntomas retornaban después de repetidos asaltos sexuales por su padre alcohólico.

La posición característica de la paciente era de flexión y rotación interna de la pierna derecha. A esta postura evita el asalto sexual. Un problema sexual estaba claramente envuelto en este caso. La selección del órgano o patrón de incapacidad refleja el síndrome que el paciente trata de simular. La familia fue instruída para colocar a la niña hasta resolver el problema.

Según Freud, el trauma sexual produce la pronta somatización. La historia clínica es de gran ayuda en el manejo de estos casos.

ACTITUD DEL MEDICO:

La orientación terapéutica del médico es imprescindible y debe reiterarse que la auto disciplina debe hacer al médico desde condescendiente hasta hostil.

La hostilidad puede reprimir el resentimiento que muchos médicos sienten hacia el paciente que está hostigándolo.

Robert Carter era hostil. En su documento "Patología y tratamiento de la Histeria" (1853), expresaba su impaciencia por los caprichos y flaquezas de las mujeres y su moralidad desviada.

CONVERSION HISTERICA EN VARONES:

La observación de que la conversión histérica es propia de las mujeres es antigua y exacta. No se sabe la razón exacta.

Sydenham diría que esta enfermedad también podía presentarse en hombres.

Janet observó que las neurosis genitales de la mujer son tantas y variadas como las del hombre.

Carter, explicaba que los hombres son menos vulnerables debido a la relativa facilidad con que disipan sus deseos sexuales.

Charcont, creía que la histeria podía ocurrir en hombres al igual que Freud.

En mi experiencia, la histeria ocurre en hombres bajo un solo aspecto: aquel en que obvia y directamente la ventaja o beneficio o ganancia es una consecuencia o éxito. La histeria en la mujer puede desarrollarse con la injuria personal, el reclamo de beneficios de indemnización, descargos del servicio militar, o por escapar de un deber honeroso o peligroso. La litigación e injurias personales van a la par en el incremento de la histeria por el aumento de litigios por colisiones automovilísticas. La histeria en los hombres tiende a ser asociada con un elemento consciente más o menos obvio. La distinción entre histeria y farsa no es tan definida como dicen los libros. A menudo coexisten en grados variados.

CONCLUSION:

Es evidente que el que diagnostique debe ser conocedor, conciente, paciente y objetivo; debe saber más neuroanatomía que sus pacientes.

No debe juzgar o prejuzgar, ni debe hacer notar verbalmente o no que sospecha falsedad o histeria. Debe estar en comunicación con otros medios para determinar si es funcional o no.

No debe extraviarse en explicaciones funcionales a que las manifestaciones del paciente son extrañas. Hasta los menos sofisticados aprenden pronto que los síndromes neurológicos son frecuentes. Es más, la conversión histérica puede también complicar una enfermedad orgánica actual o causar una enfermedad neurovascular y otros fenómenos desusados.

La orientación terapéutica de los médicos debe ser aplicada al paciente y no al síndrome. La precaución extrema es necesaria en cualquier forma de terapia intensiva. El neurólogo es impulsado a extender su diagnóstico inicial ya que como resultado de la dramática inactividad del paciente se encuentra en mejor situación con el paciente que con ningún otro especialista.

El neurólogo o cualquier otro médico debe proveer un soporte emocional en unas pocas entrevistas personales. Se puede argüir que ésto es superficial, pero en la conversión histérica es más realista para afirmar objetivos terapéuticos limitados. Los significados y mecanismos de la histeria permanecen sin conocerse. Es más consciente reconocer nuestra ignorancia y adoptar una filosofía científica objetiva que llenar el vacío con especulaciones pintorescas.

CUADRO No.1

Pacientes	*Afección Psicosomática*	*Tratamiento aplicado con conocimiento de que se trata de una afección P.S.*
60 o/o de pacientes adultas.	Agitación tipo histeria, dolor abdominal tipo cólico.	La mayoría de estos pacientes tratados en las emergencias son aliviados sintomáticamente.
Pacientes menores de 15 años de sexo femenino	Intoxicación por salicilatos.	Paliativo.
Pacientes cuyas edades oscilan entre los 8 y los 13 años.	Sobresaltos, temor, angustia. Berrinches.	Sedación.
Pacientes adultos masculinos.	Afecciones histeriformes tipo parálisis. Ocasionalmente dolor abdominal.	Sintomático.
Pacientes ancianos de ambos sexos.	Dolores articulares. Síntomas gastro intestinales.	Paliativo.
Pacientes dominados por otras personas (madre, hermanos, tíos).	Generalmente la que la persona influyente ha sugerido.	Paliativo. Ocasionalmente se conversa con la otra persona.
Pacientes agresivos con trastornos osteo musculares.	Fracturas, (torceduras), esguinces, contusiones, etc.	De la afección osteo muscular.
Pacientes deprimidos con procesos infecciosos.	Infecciones gastrointestinales, tuberculosis, etc.	Específico.
Pacientes con problemas socio familiares y de adaptación.	Cefaleas, intoxicaciones, cólico.	Paliativo.
Mujeres jóvenes con trastornos ginecológicos.	Dismenorrea, trastornos del ritmo, embarazo oculto, pseudosies.	Sintomático.
Pacientes con trastornos patológicos severos tratados como psiconeurosis.	Tuberculosis, desnutrición, etc.	Sedación.
Pacientes con detención del embarazo.	Aborto, amenaza de aborto, rechazo del embarazo.	Sintomático.

Conclusiones del Cuadro Anterior

1.- Todos los pacientes del sexo femenino presentan variedad de síntomas de tipo psicofisiológico, predominando los del sistema gastrointestinal y ginecoobstétricos.

2.- La paciente del sexo femenino permanece ambulatoria, aunque la gravedad de la afección la pueda imposibilitar para la ambulación.

3.- Las afecciones psicofisiológicas en los niños presentan casi las mismas características semiológicas que en los adultos, aunque éstos generalmente no son reconocidos por el médico.

4.- El paciente de sexo masculino tiene más importancia en sus afecciones, por ser éstos de tipo locomotor, generalmente: parálisis, paresias, etc.

5.- Los tratamientos de emergencia aplicados a estos pacientes desde el punto de vista de su etiología son deficientes y ningún paciente puede ser calificado como curado después de dársele de alta.

6.- Los problemas familiares nunca son tratados conjuntamente con el paciente. Este es devuelto a su medio.

7.- Los trastornos de agresividad, hipocondría y ansiedad son predominantes.

8.- El paciente con trastornos psicofisiológicos nunca queda conforme con el tratamiento que recibe, salvo que éste se acompañe de psicoterapia.

CUADRO Nº 2

TABLA DE TOTAL DE PACIENTES POR SEXO, ALFABETIZACIÓN Y E. CIVIL

TOTAL DE PACIENTES	SEXO ♂	SEXO ♀	ALFABETAS	ANALFABETAS	SOLTEROS	CASADOS
25	15 CASOS	10 CASOS	18 CASOS	7 CASOS	11 CASOS	14 CASOS
	60 %	40 %	72 %	28 %	44 %	56 %

TABLA DE TOTAL DE PACIENTES POR ASOCIAC. CON OTRO TIPO DE PATOLOG. Y TRAT. QUIR.

TOTAL DE PACIENTES	CON OTRA PATOLOGÍA ASOCIADA	SIN PATOLOGIA ASOCIADA	CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
25	10 CASOS	15 CASOS	6 CASOS
	40 %	60 %	24 %

TABLA DE TOTAL DE PACIENTES POR ESTADO AL SALIR Y EVOLUCIÓN

TOTAL DE PACIENTES	PACIENTES CURADOS	PACIENTES ALIVIADOS	PACIENTES CON RECIDIVA	PACIENTES NO MEJORADOS	EVOLUCIÓN EN DIAS	EVOLUCIÓN EN MESES	EVOLUCIÓN EN AÑOS
25	6	5	7	7	8.1	3.2	4.7
	24%	20%	28%	28%			

CUADRO Nº 3

TABLA DE TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS ENCONTRADOS POR LUGAR DE CONSULTA, TRATAMIENTO, SEXO, EDAD Y SÍNTOMAS.-

TRASTORNO PSICO-FISIOLÓGICO	LUGAR DE CONSULTA: EMERGENCIA	LUGAR DE CONSULTA: CONSULTA EXTERNA	TRATAMIENTO: AUTO-MEDICACIÓN	TRATAMIENTO: MEDICOS PARTICULAR.	SEXO EN QUE PREDOMINA: ♂	SEXO EN QUE PREDOMINA: ♀	EDAD PROMEDIO: JOVEN	EDAD PROMEDIO: ADULTO	EDAD PROMEDIO: ANCIANO	ANGUSTIA	SUDORES	TEMBLORES	VÓMITOS	DIARREA	DISMINORREA	PALPITACIONES	LIPOTIMIAS	CIRUGÍA	"CARDIOPATIAS"	FRIGIDEZ	INTOXICACIONES	ARTRALGIAS	MOLESTIAS URINARIAS	INSOMNIO	REACCIÓN ALÉRGICA
TRASTORNOS DIGESTIVOS "ULCERA - PIROSIS"		+	+		+			+		+	+	+													
DOLORES ABDOMINALES TIPO "COLICO"- BILIAR	+			+		+		+	+				+		+			+					+		
DISTONÍA NEURO-VEGETATIVA	+			+	+	+	+	+					+	+		+	+	+			+				+
CEFALIA - JAQUECA		+	+			+		+							+					+	+			+	+
TRASTORNOS CARDIO-VASCULARES	+			+	+				+	+						+								+	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	+		+			+		+	+	+	+	+	+			+								+	
ANOREXIA		+	+			+	+						+	+											
BULIMIA		+		+		+	+	+		+	+	+			+			+						+	
OBESIDAD		+	+			+	+	+		+	+				+	+			+	+		+			
DISNEA - ASMA	+		+		+		+			+						+									+
REUMATISMO	+	+	+			+												+				+		+	+

CONCLUSIONES

Las conclusiones de este trabajo son obvias por el carácter de patología que estudia, consideramos que a traves de la lectura de estas páginas, el lector ha comprendido que en la Ciencia Médica es imposible el proceso patológico de la conducta del individuo.

Página a página de este estudio desfilan frente a nuestros ojos las diferentes -pero no todas- unidades psicofisiológicas que hasta ahora se aceptan como tales. Esperamos que en el futuro se reconozcan y estudien nuevas enfermedades de este tipo, para beneficio del paciente, ya que habiendo mayor número de ellas, será más determinante la circunstancia físico-social del individuo y por ende este enfermo será tratado de acuerdo a la primera causa del desequilibrio.

Tomaremos como etiología o primera causa del "status" patológico del individuo el pasado reciente en que alteró los sistemas de su equilibrado organismo y dió lugar a que en terreno propicio apareciera el proceso inflamatorio, infeccioso, neoplásico, etc. ¿No es más lógico reparar el primer daño que las consecuencias de éste?

En los hospitales y clínicas, el médico se dedica más que todo a hacer diagnósticos cada vez más diferenciados y el enfermo en conjunto es tratado sintomáticamente, llevando a la cronicidad su proceso. ¿La terapéutica? , desgraciadamente nos encontramos en la época en que nacen los nuevos sistemas y teorías y que no contamos con un acerbo de conocimientos que puedan orientarnos sistemáticamente, exceptuando a través de la psiquiatría, a curar de raíz a estos enfermos. Hay escritos antiguos de Medicina, de Filosofía y Misticismo que hablan con mayor orientación de estos procesos que hoy día son rechazados por el seudocientífico. Los nuevos tratados y teorías psifofisiológicas son desconocidas en la Facultad de Medicina de Guatemala y en currículum de estudios. Es iniciativa personal orientar nuestra conducta a manejar desórdenes psicológicos. Es importante conocer también la opinión del paciente que casi siempre continúa enfermo crónicamente, desilusionado, consultando más y más médicos con la esperanza de mejorar; pero "es mucho más importante conocer qué clase de paciente padece una enfermedad y no qué clase de enfermedad tiene el paciente" (Caleb Hillier Parry (1755-1822). La idea es curar al individuo y no la enfermedad o el órgano enfermo.

Las siguientes conclusiones son producto de las observaciones personales y llevan a mi mente el deseo de que en el futuro sea esta tesis: "Lo que antiguamente se decía de la Medicina Psicofisiológica".

1) En la medicina psicofisiológica lo somático y lo psíquico están coordinados. El paralelismo psicofísico no es demostrable, lo que justifica la incredulidad de los Médicos en tratar las enfermedades desde ese punto de vista material.

2) En el enfermo psicofisiológico, generalmente se presenta una enfermedad definida (hipertensión, asma, úlcera, etc.) pero lo importante es que la enfermedad no radica allí. El órgano donde tiende a instalarse es accidental, simbólico o descriptivo, el origen está en la personalidad.

3) Una gran parte de las enfermedades clasificadas como de etiología desconocida son puramente psicofisiológicas.

4) En la terapéutica de estos procesos, la medicina psicofisiológica no es una especialidad, sino una antiespecialidad obligada como directriz, en la conducta tratante del Médico.

5) Con la historia y sintomatología que nos proporciona el paciente, nos está tratando de decir algo que su cuerpo nos quiere decir a traves de la enfermedad: simbología.

6) La interpretación intra-hospitalaria de los procesos psico-fisiológicos es estrictamente somática, difiriéndose aquellos que se desconocen o no pueden ser tratados por su etiología psicógena.

7) Cuando en el hospital se descubre un proceso definitivamente psicofisiológico, inmediatamente se recurre a la sedación y egreso del paciente con recomendaciones vagas y bien intencionadas.

8) En el hospital no se hace biografía del paciente, no se investiga su estado socio-económico ni cultural.

9) El hombre permanece íntimamente ligado a procesos de la vida como trabajo, religión, vida, muerte, sexo, sociedad, juventud, madurez, etc. Su inestabilidad, inseguridad o indecisión en cualquiera de ellos, conduce a la enfermedad.

10) La sociedad moderna mantiene su unidad: el hombre vive en su estado de zozobra e inseguridad y permanente competición en que cada individuo es enemigo de su vecino. Además, constantemente se crean nuevas necesidades que atan la libertad del individuo.

11) Sugerimos como medio de liberación y para alcanzar nuevas y reconfortantes energías la meditación mística y la adoración del Creador de la vida en sí para el paciente que acepta la idea y es capaz de hacerlo.

12) En nuestros hospitales, los médicos desconocen la vida íntima de sus pacientes y no se enseña al estudiante de medicina a llevar a cabo su interrogatorio adecuado de tipo psiquiátrico, ni se crean lugares ni tiempo apropiados para ello.

13) Generalmente, el medico y el estudiante de Medicina se sienten desorientados e impotentes ante el efecto arrollador que presentan las patologías histéricas que llegan a las Emergencias.

14) Después del examen, el enfermo espera que le participemos el resultado. Como generalmente los resultados no son significativos, el paciente se siente frustrado. Un gran porcentaje cambia de médico.

15) Las molestias de tipo nervioso no son reconocidas generalmente por el estudiante de medicina y por algunos Médicos por la dificultad que éstos tienen para prescribir una terapéutica adecuada.

16) Si el enfermo se da cuenta de que su padecimiento es de "tipo nervioso", se siente frustrado porque no se encuentra capacitado para aceptar las situaciones inevitables de la vida.

17) La etiología del trastorno se debe buscar en la infancia, en la vida familiar y profesional del individuo. Debe enterarse cómo vivió el paciente, sus relaciones Padre-Madre, hijos, esposa, etcétera.

18) Para los diferentes niveles de preparación cultural y económico se encuentran diferentes padecimientos psicofisiológicos, así encontramos que la hipertensión esencial es más frecuente en las clases acomodadas, mientras que en las clases humildes son más frecuentes los procesos abdominales como "cólicos"

19) Los tratamientos psiquiátricos son nulos en hospitales generales, y cuando hay diagnóstico psiquiátrico, éste se reduce a interrogatorio practicado con buena voluntad del Médico Psiquiátra.

20) En la primera fase espontánea que dice el paciente en el renglón de motivo de consulta, encontramos la mayor parte de veces, la causa del desequilibrio, expresado simbólicamente. Es necesaria cierta experiencia y conocimiento para poder identificarlos.

21) El factor mágico de la medicina en la terapéutica es de tipo placebo.

22) La "Distonía Neurovegetativa" es el canasto del sastre a donde van a parar todos los procesos de etiología psicógena que al estudiante de Medicina no han enseñado a identificar.

RECOMENDACIONES

Los pacientes que estudiamos en este trabajo, todos menos uno que murió, se encontrarán ahora en las mismas condiciones psicológicas que cuando buscaron asistencia médica el día en que se les entrevistó. No porque no se les haya dado tratamiento, sino porque no se continuó el caso y su terapia fue escasa.

A pesar de que personalmente nos gusta tratar a los pacientes que sufren del espíritu, no todos quieren o pueden hacerlo, por propia negación o por desconocer los métodos de investigación y terapéutica.

Esto nos motivó a hacer la tesis sobre la Medicina Psicofisiológica.

Nuestras conclusiones y observaciones son producto de la atención que prestamos al conjunto patológico que cada paciente presentó ante nosotros. Fuimos como una especie de grabadoras de su queja semántica; los comprendimos en su propio lenguaje y los guardamos en conjunto para presentarlos en este trabajo como una sola entidad: el individuo enfermo.

Recomendamos en especial a nuestra Facultad de Medicina lo siguiente:

1) Que a todo el estudiantado de Medicina se le haga comprender el origen de la enfermedad como un desequilibrio, inestabilidad, inarmonía, o como el desajuste de la estructura anímica del individuo y que no se reduzca a exponer las diferentes causas específicas de los procesos patológicos, que en conclusión vienen a ser una manifestación de lo anterior.

2) Que se permita al estudiante en cuanto a tiempo, espacio y persona se refiere, a trabajar los pacientes desde el punto de vista psicofisiológico.

3) Que la orientación teórica se enseñe en los primeros años de la Escuela, y se pueda observar de cerca a esta clase de pacientes. Por ejemplo, que un estudiante de los primeros años acompañe a otro estudiante de años superiores y observe y estudie, conforme le habrán enseñado, a los pacientes.

4) Que la orientación práctica se enseñe con Médicos especializados en la materia, ya que observamos en el curso de nuestra Carrera, Médicos sin el conocimiento adecuado del asunto y eventualmente con trastornos ellos mismos.

5) Que, en general, el conocimiento psicológico integral sea nuevamente aceptado por la Escuela y Hospitales, ya que hace un año fue suprimido el curso de Psiquiatría y el estudiante de Medicina no tiene más que su propia iniciativa para adquirir estos conocimientos.

6) Que la Medicina Psicofisiológica sea una nueva modalidad de expresión y relación semasiológica de Médico a paciente.

BIBLIOGRAFIA

1.- Asturias, Francisco. Historia de la Medicina en Guatemala. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. 1902. 557 p.

2.- Bazini Zea, Salomón. Ceremonias Modernas en Honor a Dionisio. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Julio, 1967. 51 p.

3.- Bendfeldt Zachrison, Fernando. La Medicina a través de los medios de Difusión. Tesis. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Febrero 1968.

4.- Flores, José Roberto. Epilepsia. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Noviembre 1875. 122 p.

5.- Lemus Garza, Alfonso. Estudio comparativo de nuevas fenotiazinas en Psiquiatría. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Julio 1958. 62 p.

6.- Oliveros, José María. Histerismo. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Julio 1873. 33 p.

7.- Padilla y Padilla, Carlos. La Imaginación factor nosogénico y terapéutico. . Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Mayo 1924. 28 p.

8.- Rodríguez Flores, Domingo. Manía. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1875. 36 p.

9.- Ruiz Herrarte, Marco Cyrano.. Afecciones psicosomáticas de la gestación y estructuración de personalidad del neo-nato. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Mayo 1963. 70 p.

10.- Sáenz de Tejada Gómez, Ramiro. Un ensayo de anamnesis en Medicina psicosomática. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Diciembre 1952. 104 p.

11.- Vizcaíno L., Enrique A. La convulsivoterapia con el cardiazol en psiquiatría. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Junio 1942. 48 p.

Br. ROBERTO ARNOLDO SOLARES VANEGAS

OCTAVIO AGUILAR
Asesor

Dr. GUILLERMO FORNO
Revisor

LIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III

Dr. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario

Vo.Bo.

AR AUGUSTO VARGAS
Decano