

LA PRIMERA ENTREVISTA EN PROBLEMAS EMOCIONALES

UNA REVISION DE LA LITERATURA

DR. RAFAEL NUNEZ

La entrevista es uno de los recursos terapéuticos de diagnóstico de la psiquiatría moderna. Es un arte más que una ciencia. El proceso de la entrevista es muy difícil de describir y la habilidad de entrevistar es difícil de enseñar.

La literatura sobre la primera entrevista es relativamente mínima, si se le compara con el gran volumen de discusión sobre entrevista que se encuentra tanto explícitamente como por implicación, en los trabajos sobre psicoterapia y psicodinamia.

Debemos notar que gran cantidad del material sobre la entrevista inicial, se discute generalmente en trabajos sobre examen psiquiátrico, estudio diagnóstico, estudio de casos, etc., por lo que bien se puede entender que durante mucho tiempo, se esperaba que la primera labor del Psiquiatra era la de hacer el estudio del caso y llegar a un diagnóstico.

Al revisar la literatura, nos encontramos con que es bien claro que los primeros psiquiatras trataron de adaptar las técnicas médicas tradicionales a la técnica psiquiátrica. En Medicina el procedimiento usual consiste en que el médico obtenga la historia y después haga el examen físico, incluyendo los exámenes de laboratorio que le parezcan pertinentes. Después de haber completado esos dos primeros pasos, el médico hace un diagnóstico, en el que se basa su tratamiento. En los antiguos textos de Psiquiatría, se recomienda un procedimiento análogo: primero obtener la historia; segundo hacer un status mental (incluyendo aspectos como el «contenido emocional», «senso-rium», etc.); tercero, formular un diagnóstico y cuarto recomendar el tratamiento adecuado. El primer movimiento para

apartarse de esta copia del procedimiento médico fue debido a que los psiquiatras se dieron cuenta de que el tomar la historia y el efectuar examen mental no pueden estar separados. Cuando un paciente está suministrando su historia también nos presenta su patología y un psiquiatra alerta siempre está observando el status mental, en todo lo que el paciente dice o hace. El resultado de esto fue la aceptación de que el someter a un paciente a un sistema ordenado de preguntas era innecesario y lo distraía. El segundo motivo para apartarse de la tradición médica fue el hecho de observación de que el principio de un tratamiento psiquiátrico no depende ni debe esperar a un diagnóstico. Tanto la historia como el examen y el tratamiento suceden concomitantemente, a pesar de que el examinador lo desee así o no. El tercero y sin duda más importante de los movimientos fue debido al conocimiento del psiquiatra, del significado de la relación psiquiatra-paciente, como el principio básico dentro del que deben ser entendidos la naturaleza y el significado de las producciones del paciente.

La literatura sobre la entrevista, revisada, en orden cronológico, demuestra el desarrollo de esas ideas. Cronológicamente, el énfasis cambia (a) del diagnóstico al tratamiento; (b) de recoger información, a lograr el mejor método terapéutico; (c) del interés en hechos obtenidos, al interés en la naturaleza de la interacción entre terapeuta y paciente.

Hasta años muy recientes la entrevista psiquiátrica estaba incluida en los capítulos intitolados «Métodos de Examen» de los textos de Psiquiatría. La mayoría de estos textos —tales como el de Henderson, y Gillespie (5), Noyes (10), Kirby (7) y Preue (11)— están esencialmente basados en la psiquiatría Kraepeliana y Meyeriana. Las descripciones de exámenes de los pacientes, están principalmente basadas en los estudios de pacientes psiquiátricos a quienes se consideraba incapaces de cooperar en el examen. Se supone que los hechos debían ser obtenidos y presentados sistemáticamente. Así, el plan del examen, tal como lo describen Henderson y Gillespie en su texto, consiste en dos partes: la historia o «anamnesis» obtenida del paciente, parientes y amigos y el examen del paciente. Los autores no señalan el método por seguir al obtener una historia, pero sí le dan importancia al obtener una anamnesis completa y detallada, incluyendo historia de la familia, historia social, historia personal, etc. En relación con el examen del paciente,

dicen muy poco de la pauta a seguir, pero sí hacen referencia al hecho de que el psiquiatra se enfrenta con una persona cuya mentalidad está desordenada y por lo tanto debe tener mucho tacto, paciencia y simpatía. Los autores de dicho texto no mencionan nada respecto a la relación psiquiatra-paciente.

En el libro de Preu, «Outline of Psychiatric Case Study» (11), existe más flexibilidad que en los antiguos textos o manuales de psiquiatría, pero no hay ningún principio revolucionario básico. Preu, hace hincapié en ciertos hechos para que el paciente no se inquiete mucho, tales como puntualidad del entrevistador, aspecto privado de la entrevista, muebles, luz, etc. Da muchas recomendaciones en relación con la conducta y modo de comportarse del psiquiatra. Se le recomienda al psiquiatra que sea amistoso, pero que no le dé demasiada confianza a su paciente. No debe actuar en la defensiva o tratar de excusarse continuamente por esta o aquella pregunta, etc. Al principio de la entrevista se deja que el paciente hable sobre lo que le parezca conveniente o más importante. Pero si es necesario se cambia el tópico de lo que esté hablando el paciente. Preu recomienda un plan definido para obtener hechos.

A pesar de su gran flexibilidad, Preu continúa con el antiguo tipo de examen mental. Los que siguen su método producen un protocolo psiquiátrico basado en la teoría de los desórdenes mentales de Kraepelin. Dicho protocolo consistirá en un status mental, una historia de la familia y una historia personal.

Este método de entrevista inicial es el que es enseñado en la mayoría de los centros de entrenamiento psiquiátrico y de psicología clínica de los Estados Unidos. El método es categórico, rígido y no reconoce las sutilezas de las relaciones entre terapeuta y paciente. En manos de un terapeuta humanitario dicha técnica puede producir resultados positivos; pero dicho terapeuta obtiene éxito a pesar de y no con el método. Este tipo de examen fue desarrollado para determinar la patología de los pacientes psicóticos, en los hospitales mentales del Estado.

El método antiguo del examen del status mental ha persistido debido a dos razones. La primera es que los pacientes de los que los psiquiatras «aprenden» sus técnicas son pacientes de caridad. Indudablemente, los psiquiatras no tienen la misma estimación para pacientes de dicha clase que para pacien-

tes que pueden pagar, en una clínica privada. Esta situación es favorecida por el aspecto caritativo que es generalmente de un efecto detrimente en la entrevista. La segunda razón de esta cualidad «ciega y muda» del sistema antiguo de entrevista reside en la necesidad que tiene el entrevistador de mantener su equilibrio demostrando su superioridad. La técnica de encuesta es usada entonces, como método de defensa inconsciente, contra el contenido amenazador de la experiencia del paciente perturbado, particularmente contra las demandas emocionales del paciente.

El principiante es bastante vulnerable ante la pregunta del paciente, «qué puede Ud. hacer por mí, Doctor, con sólo hablar al respecto?» Aún en los psiquiatras dinámicamente orientados existe defensa respecto al hecho de que nuestro más importante instrumento es la comunicación. Freud (4) manejó este problema expresando que en apariencia nada sucede entre el terapeuta y el paciente, con excepción de que conversan. El psiquiatra no hace uso de ningún instrumento ni escribe una receta. Si es posible, él no sacará al paciente de su medio ambiente ni perturbará su rutina cotidiana en forma alguna, mientras le trate con palabras; opina que las palabras no deben menospreciarse. Después de todo las palabras son un instrumento poderoso, por medio de ellas expresamos nuestros sentimientos, son el agente por medio del cual influímos unos a otros.

Sin duda alguna la técnica psicoanalítica es la que ha dado más ímpetu progresivo tanto a la psiquiatría teórica como a la práctica y ha hecho cambios importantes en los métodos de la entrevista. Freud en su trabajo sobre «Análisis de un caso de Histeria» expresó su inconformidad con el tipo convencional de obtener una historia en la primera entrevista; detalla en dicho trabajo un gran número de observaciones y concluye que la entrevista que consiste en tomar un censo del paciente es necesariamente inadecuada. Es decir, aunque Freud está de acuerdo con el punto de vista de que el tratamiento comienza con obtener una historia completa, especifica que es imposible que con esa pretendida meta se obtenga éxito.

La influencia del psicoanálisis ha enfatizado que la entrevista tenga por propósito el entender fenómenos psicopatológicos y no catalogarlos; con una entrevista inicial de esa clase se favorecen las relaciones humanas. Con el creciente conocimien-

to de rapport, empatía y particularmente de transferencia y contratransferencia, el sistema de preguntas y respuestas rígidas resulta insatisfactorio. Partes importantes del método de observación psicoanalítica tales como variaciones y simplificaciones de la técnica de asociación libre, análisis de sueños y la observación y la interpretación de la conducta simbólica fueron introducidos en las técnicas de entrevista psiquiátricas en varios grados. Esto fue hecho por psiquiatras entrenados en psicoanálisis, pasando sus observaciones de maestro a alumno o de colega a colega en una forma informal; al convencerse de la importancia de la técnica decidieron publicarla. A medida que el pensamiento psicoanalítico penetró en la psiquiatría, la dicotomía entre diagnóstico y tratamiento comenzó a desaparecer, la entrevista se convirtió en un instrumento terapéutico desde el primer contacto entre paciente y entrevistador. Subrayan el efecto de la relación entre psiquiatra y paciente aún en una entrevista que tiene como propósito principal la consulta diagnóstica.

Aunque no ha escrito específicamente sobre la entrevista inicial, son de mencionar los comentarios tan valiosos hechos sobre la entrevista por Teodoro Reik. Reik ha escrito muchos trabajos y libros sobre la entrevista psicoanalítica y sobre terapia psicoanalítica, y discute la entrevista en su ya famoso libro «Listening With a Third Ear» (12). En la segunda parte de este libro, titulada «The Workshop», Reik describe la atmósfera de la entrevista, los principios conscientes e inconscientes de la observación, la atención que flota libremente, la relación entre terapeuta y paciente, «insight», etc.

Para los que practican solamente psicoanálisis, la entrevista inicial tiene por objeto determinar si se debe o no comenzar análisis. Glover es sin duda el único analista que ha escrito sobre la entrevista inicial en su monografía sobre técnica psicoanalítica. (*) Glover dice que en dicha entrevista se debe dejar al paciente en libertad de contar la historia de su vida por sí solo; sin embargo, opina que la interferencia a manera de la antigua entrevista psiquiátrica, es necesaria cuando se quiere llegar a un diagnóstico inmediato. Sugiere algunas preguntas «clave» que sirven para descubrir la existencia de síntomas, pe-

(*) Glover, E. Psychoanalysis: A Handbook for Medical Practitioners and Students of Comparative Psychology. New York; Staples Press, 1949.

cularidades o conflictos. Sin embargo, señala que la actitud ideal en la primera consulta, es permitir que el paciente hable libremente.

Stekel, uno de los pioneros en psicoterapia breve, dedicó muchos de sus trabajos a la técnica de la entrevista y a la entrevista inicial; sus puntos de vista son generalmente prácticos y las consideraciones teóricas casi están ausentes. Recomienda que el terapeuta debería solamente escuchar durante la primera entrevista. Hace muchas sugerencias respecto a la primera entrevista, recomendando mucha cautela al dar al paciente un pronóstico. Nos dice que la primera entrevista es de grandísima importancia, en la que el terapeuta gana mucho «insight».

Appel y Strecker (1), recomendaron algunos cambios en la manera cómo conducir la entrevista. A pesar de que ellos son psiquiatras entrenados con orientación psicoanalítica, todavía hacen énfasis en las formas y modos de obtener una anamnesis tan completa como sea posible, al igual que lo recomendado en los textos de psiquiatría de hace varias décadas. Sin embargo, dan la impresión de que están conscientes de la ansiedad y aprehensión del paciente durante la entrevista y hacen muchas sugerencias para minimizar todo trauma que pueda ocasionar dicha entrevista. Sugieren que el psiquiatra debe obtener la mayor cantidad de informes posibles tanto de la familia como del paciente; y debe hacerlo personalmente, revisando dichas historias, buscando verificación y elaboración. Discuten las ventajas y desventajas del tomar apuntes durante la entrevista si el examinador comienza con tópicos neutrales como enfermedades durante la infancia, vida escolar, etc. y gradualmente llega a la enfermedad actual y al examen mental. Observan que los síntomas son a menudo el resultado de procesos inconscientes y aparecen automáticamente sin que el paciente los comprenda. Nos hablan del fenómeno de transferencia y contratransferencia: notan que del mecanismo de desplazamiento no hay más que un paso a la transferencia de afecto y actitud. Nos recuerdan que el paciente que es maligno, amargado y agresivo se convierte así respondiendo a una situación que él no creó. A pesar de sus comentarios sobre transferencia y contratransferencia, parece obvio que en relación con la entrevista inicial, las relaciones interpersonales son consideradas como un fenómeno que debe ser reconocido como un obstáculo potencial para la obtención de una historia completa y datos útiles.

Después de la segunda guerra mundial comenzaron a aparecer un gran número de trabajos en las revistas de psiquiatría relacionados con entrevista. Ebaugh (19) recomienda modificaciones en el sistema antiguo de examen mental. Sus modificaciones son similares a las de Appel y Strecker. Hace hincapié en el sistema Meyeriano, de ver la enfermedad como una experiencia de la persona considerada como un todo; reconoce también que los síntomas son intentos de resolver problemas que producen ansiedad. Observa Ebaugh que la ansiedad crónica es debida a conflictos en nuestras relaciones personales. Además de recomendar una entrevista menos rígida, Ebaugh menciona el hecho de que muchos psiquiatras y entrevistadores en general deben darse cuenta de áreas en las que su propia tolerancia les hace aparecer como jueces, y menciona que debe uno aprender a contrastar dicha actitud de condenar conductas que entran en conflicto con nuestros propios puntos de vista. Afirma Ebaugh que si la entrevista es llevada a cabo apropiadamente, se inicia un entendimiento mutuo entre entrevistador y paciente, lo que es el comienzo de la psicoterapia.

La descripción sistemática más detallada y más reciente del examen psiquiátrico se encuentra en el libro de Karl Menninger institulado «Manual for Psychiatric Study» (8). Menninger trata en este libro tópicos sobre entrevista de pacientes mentales, examen y clasificación de datos psiquiátricos. Discute la entrevista desde el punto de vista de las relaciones entre terapeuta y paciente. Los pacientes reciben ayuda profesional; el terapeuta recibe dinero, obediencia, respeto y gratitud. Los pacientes dan el derecho de su vida personal privada al dar los informes y permitir que el terapeuta los examine. Para el terapeuta, el tomar la historia y el examen precede al diagnóstico y el diagnóstico precede al tratamiento. Para el paciente, el tratamiento es de importancia principal. El entrevistador tiene la oportunidad única de ver íntimamente la vida del paciente y su personalidad. Este privilegio requiere del psiquiatra un alto grado de respeto a la dignidad de su paciente. Los temores del paciente que padece enfermedad mental son mayores que los de cualquier otro paciente. El psiquiatra ha de procurar hacer ver al paciente que sus temores, hostilidad y su pena serán completamente entendidos. Menninger recomienda quin- ce puntos básicos para guiar una buena entrevista y la mayoría de ellos tienen como objeto el minimizar la ansiedad y favo-

recer el establecimiento de una buena relación interpersonal. Hace especial énfasis en que el terapeuta debería ser parco en obtener información sexual, recordando que está orientado psicológicamente y no estadísticamente, es decir, el terapeuta no debe convertirse en un contribuidor de los informes de Kinsey y colaboradores. A pesar de todo Menninger sigue la antigua escuela, haciendo énfasis en encontrar hechos y un diagnóstico —el estudio del caso psiquiátrico— que precede al trabajo terapéutico.

Whitehorn (20) insiste en que la entrevista psiquiátrica puede ser aprendida solamente a través de la discusión con maestros y psiquiatras experimentados. Piensa Whitehorn que el propósito esencial de la primera entrevista es elucidar el problema del paciente, su principal molestia. Posteriormente seguirá una encuesta sobre las causas de la enfermedad, como le perturba y cómo puede ser eliminada. Piensa que la relación entre entrevistador y entrevistado constituye la parte vital del examen; el examinador no sólo participa en la entrevista sino también observa. Opina Whitehorn que un mero interrogatorio de un modo impersonal y sin comentarios de parte del examinador tiende a frustrar el propósito del examen. El paciente no revela sus problemas a un examinador que no muestra señales de entendimiento y de interés. Este autor se aparta de la forma clásica de la primera entrevista, pero al mismo tiempo da un gran valor a ésta para la recolección de datos, si bien sutiles, que incluyen las formas de relación entre el paciente y el examinador. Es una transición entre la concepción clásica y la nueva orientación de la primera entrevista.

En lo que a niños se refiere, se destaca H. L. Witmer, quien hace notar en su libro el hecho de que es más difícil aún que en los adultos el lograr resultados positivos con las técnicas tradicionales de interrogatorio, ya que para que un niño hable de sus problemas es necesario que previamente haya establecido una situación de confianza y amistad con el terapeuta. Por esta razón es que con niños, se recurre a técnicas tales como entrevista de juego u otras similares, que van a favorecer la formación de una atmósfera amistosa y van a dar al terapeuta la oportunidad de obtener muchísimos más datos que lo que obtendría del interrogatorio. En su libro, «Psychiatric Interview with Children» (21) la autora hace hincapié en las actitudes requeridas por el terapeuta para recoger información impor-

tante a través de estas entrevistas. Es difícil, especialmente en psicoanálisis infantil, diferenciar claramente cuando se trata de una sesión terapéutica y cuando es una entrevista; la respuesta es que actualmente el intercambio verbal no es la forma más importante de la entrevista; esto está de acuerdo con el hecho de que los mayores éxitos en este campo, son los de analistas entrenados además en pedagogía, psicología y trabajo social.

En la literatura de trabajadores sociales se encuentran numerosos trabajos acerca de la primera entrevista. Mencionaremos los principales trabajos presentados por la Sociedad de Trabajadores Sociales Americanos, los de Annette Garret, de J. Taft, Voiland y Fenzason. De los primeros, se tiene una monografía denominada «Interviews» en la que se destacan los principales puntos de la entrevista y un análisis de cuatro entrevistas. En ellas se hizo uso de los métodos de persuasión y coersión y se trabajó con material consciente.

Annete Garrett, en su monografía sobre la entrevista (*), presenta un importante cambio de orientación de la entrevista y demuestra el efecto de conceptos nuevos de psicoterapia. Destaca el hecho de que la entrevista es una experiencia emocional para el entrevistador y el entrevistado. Hace un esfuerzo para apartarse de la entrevista inicial que tiene como fin la recolección de datos, y trata más bien de interpretar la conducta, en una especie de tribuna libre, en lugar de usar patrones fijos de interrogatorio. Piensa que son de especial interés las frases iniciales y las finales de la entrevista, la asociación de ideas, los cambios de tema, las referencias frecuentes, inconsistencias, etc.

La escuela de Taft (**) está basada en los principios teóricos de Otto Rank. Hace énfasis en tres puntos, 1) la responsabilidad máxima está centrada en el paciente, 2) la relación actual entre paciente y terapeuta tiene una gran importancia y las exploraciones del pasado y las uniones con el presente son indeseables y confusas, 3) las limitaciones de tiempo hacen que con esta orientación se trate de abarcar lo más posible en las entrevistas. Este tipo de orientación parece encerrar una contradicción ya que si la responsabilidad es del paciente, éste de-

(*) Garret, A. *Interviewing: Its Principles and Methods*. New York: Family Welfare Association of America, 1942.

(**) Citada por Raskin, N. J. en «The development of nondirective the apy». *J. Psychology*, 12:92-110, 1948.

bería de disponer de tiempo ilimitado para el estudio de sus problemas.

Voiland enfatiza que es durante la entrevista inicial, que se pueden captar más fácilmente las reacciones del entrevistado, mejor que en entrevistas posteriores en las que se maneja material elaborado.

Fenlason en su libro «Essential Interviewing» habla del conocimiento básico que requiere el investigador e ilustra algunos casos. No tiene ninguna nueva orientación para la teoría general de la entrevista.

De todo esto puede deducirse que tanto la entrevista psiquiátrica, como la buena entrevista social psiquiátrica, están basadas en los mismos principios, que son generalmente analíticos.

Los psicólogos clínicos orientados en psicoterapia, se han interesado ampliamente en la entrevista. Aun cuando el pensamiento psicoanalítico tiene gran importancia en psicología clínica, se trata en este campo de utilizar, junto con principios psicodinámicos, los principios de teorías tales como la del aprendizaje. El trabajo de Dollard y Miller, en relación principalmente con psicoterapia, comprenden muchos principios sobre entrevistas y técnicas, basados en una fusión del psicoanálisis y la teoría del aprendizaje. Hacen énfasis en las respuestas verbales del paciente. Si la narración del paciente es incompleta, es animado por el terapeuta a completarla; si es contradictoria, el terapeuta intenta resolver la contradicción. Señalan que el terapeuta debe aplicar principios operacionales y objetivos al arte de la entrevista dinámica terapéutica, evitando el uso de cualquier expresión que no tenga un valor real dentro de la entrevista. Esto tiende a una sobresimplificación pero es una de las aportaciones más valiosas que se han hecho para el manejo de la entrevista. En el libro «Personality and Psychotherapy» (3), señalan el hecho de que muchos terapeutas hablan demasiado e innecesariamente, en lugar de escuchar, e interrumpen al paciente para darle una confianza innecesaria.

Una contribución sustanciosa e importante ha sido hecha por Carl Rogers y sus colaboradores (13,14) especialmente interesados en las implicaciones terapéuticas que tienen las relaciones entre terapeuta y paciente, a medida que estas relacio-

nes se desarrollan en el curso de la entrevista. Según Rogers la esencia de la entrevista reside en una relación definitivamente estructurada y permisiva que permita que el paciente obtenga un entendimiento de sí mismo a tal grado que le capacite para tomar pasos positivos en su nueva orientación. Rogers critica todas las técnicas que pertenezcan a la terapia dirigida porque en dicha técnica se asume que el terapeuta es la persona competente para evaluar la situación y es quien juzga las metas de la terapia que se ha de escoger. Otro punto que encuentra Rogers infundado en la técnica de terapia dirigida es el hecho de que habiendo el terapeuta seleccionado las metas deseadas, pueda dirigir al paciente hacia ellas. Según Rogers, en terapia dirigida, el terapeuta define problemas e indica que él será el responsable de descubrir las causas de los problemas y de definir un esquema del cuadro diagnóstico. Se concentra en el problema, sus causas y su tratamiento. La única responsabilidad del paciente reside en decidir hasta donde pueda cooperar. Rogers afirma que el tratamiento comienza con la primera entrevista, sin hacer un estudio diagnóstico. Piensa que todo el proceso de que alguien haga el diagnóstico, sugiera y trate, hace del paciente un individuo más dependiente. Según él, el método de terapia dirigida, sigue las técnicas que controlan la entrevista y mueven al «cliente» hacia una meta escogida por el terapeuta. El piensa que la terapia no dirigida se orienta en los métodos que hacen al cliente o paciente más consciente de sus propias actitudes y sentimientos. El punto de vista de la terapia no dirigida da un alto valor a los derechos que tiene todo individuo a ser psicológicamente independiente y a mantener su integridad psicológica. Asume que el paciente tiene el derecho a seleccionar sus propias metas en la vida aunque dichas metas no sean las metas que el terapeuta ha escogido para el paciente. Rogers y su escuela piensan que todas las entrevistas son psicoterapéuticas y que el diagnóstico es antiterapéutico. No usan el término actitud diagnóstica, están en contra no solamente de establecer un diagnóstico nosológico, sino también en contra de la idea de tratar de obtener formulaciones psicodinámicas. Creen que la actitud diagnóstica —es decir cualquier clase de valoración, determinación, y apreciación— constituye un marco mental antitético. Denominan actitud no dirigida, a la que en el centro de toda valoración, determinación y apreciación reside en el paciente. La piedra básica de la teoría, la de mantener una actitud no dirigida, reside en la orientación que

es diametralmente opuesta a la orientación diagnóstica. Esto les conduce a la conclusión práctica y consistente de que no debería haber ninguna entrevista diagnóstica, ni inicialmente ni a cualquier otro tiempo. Esta teoría ha dado lugar a muchas discusiones. Es de vital importancia averiguar si la insistencia continuada de la actitud diagnóstica en la entrevista inicial y en las subsecuentes es en realidad valiosa, o si solamente representa un vestigio de la práctica médica tradicional y es antiterapéutica como el grupo de la terapia no dirigida proclama.

En relación con la nueva orientación de la entrevista inicial, existe un fuerte movimiento dirigido a cambiarla del simple coleccionar datos diagnósticos a una relación interpersonal.

Frieda Fromm-Reichmann presenta en forma concisa sus puntos de vista sobre la entrevista inicial en su libro «Principles of Intensive Psychotherapy» (5).^{*} Piensa que la psicoterapia es una empresa mutua, que pudiera llamarse una aventura entre dos extraños. Se le debe preguntar al paciente respecto a su malestar y por qué él o sus familiares y amigos han buscado ayuda psiquiátrica. Señala que es importante el saber si el paciente llegó por su propia voluntad, si fue aconsejado por sus familiares o amigos o si fue llevado contra sus propios deseos. Opina que la relación entre psiquiatra y paciente es profesional y no social; uno de los fines de la entrevista inicial es el obtener dicha relación. Es necesario tener suficiente tiempo para la entrevista, y si es necesario, hacer una segunda entrevista. La primera entrevista ofrece la oportunidad de observar la conducta del paciente y de obtener información básica. Las preguntas del entrevistador deberían ser concretas y simples. Fromm-Reichmann recomienda que el psiquiatra no debe profundizar sino que debe limitarse a preguntar los malestares del paciente y por qué desea tratamiento. Debe el psiquiatra darse cuenta de la dificultad que tiene el paciente en dar información. A toda costa debe evitarse el humillar al paciente. El psiquiatra evaluará los datos en relación con su propia preparación y su experiencia en la vida; se deben entender los síntomas dentro de la cultura y educación del paciente, que pueden ser establecidas en la primera entrevista.

(*) Gill, M., Newman, R., Redlich, F.C., Sonmes, M. The Initial Interview in Psychiatric Practice. International Universities Press, Inc., New York, 1954.

Gill et al. (*) en un manual para estudiantes de medicina y residentes de psiquiatría hicieron un intento de establecer principios para la primera entrevista. Piensan que la primera entrevista debería tener un propósito diagnóstico, pero sin implicar que se debería colocar al paciente dentro de un sistema de clasificación. Más bien, opinan que durante la primera hora el examinador debería formarse una opinión, llegar a un diagnóstico y considerar cierto curso de actividad. Esto implica el recomendar tratamiento o no, estudio posterior, hospitalización, etc. Opinan que la entrevista en sí debe ser psicoterapéutica; un punto de vista psicoterapéutico es la guía más importante en la entrevista. Recomiendan que la entrevista inicial esté basada en la relación dinámica entre psiquiatra y paciente, en la comprensión y uso de transferencia y contratransferencia. En relación con la parte consciente de esta relación, es importante dar primero confianza al paciente y liberarle de su extrema ansiedad. El paciente debe darse cuenta de lo que está tratando de hacer el psiquiatra, para lo cual éste debe usar un lenguaje a nivel de las capacidades del paciente. Piensan que el paciente siente seguridad cuando el psiquiatra les trata en forma calmada y amistosa y, por las palabras que use, el paciente irá al psiquiatra y continuará haciéndolo si se le alivian sus dolores físicos y mentales. Aconsejan seguir los principios de Finesinger (*) quien recomienda actividad mínima del psiquiatra y los principios de flexibilidad que recomiendan Alexander y French (**).

La aplicación dinámica a la entrevista psiquiátrica y particularmente a la entrevista inicial se debe a un estudio de Harry Stack Sullivan (17,18) publicado después de su muerte. Considero este trabajo tan importante que lo he resumido en forma relativamente detallada. En este trabajo Sullivan presenta su concepto de la relación psiquiatra-paciente y sus consecuencias implícitas para la entrevista psiquiátrica. Considera la entrevista psiquiátrica como destinada principalmente a descubrir las dificultades oscuras en la vida que el paciente no comprende claramente, y respecto a las cuales se engaña y engaña a otros. Las dificultades aparecen más clara y más signi-

(*) Finesinger, J.E. «Psychiatric Interviewing. I. Some Principles and Procedures in Insight Therapy», Am. J. Psychiat; 105-187, 1948.

(**) Psychoanalytic Therapy por Franz Alexander y Thomas M. French. New York: The Ronald Press Co., 1946.

ficativamente cuando uno se da cuenta de la clase de persona que es el paciente, qué hace y por qué lo hace. Las dificultades de un paciente se originan en su experiencia pasada y penetran en todos los aspectos de sus relaciones interpersonales actuales. Sin los datos que reflejan diversos aspectos importantes de la personalidad del paciente, las descripciones de síntomas u observaciones de signos no son inteligibles.

El psiquiatra es definido culturalmente como un experto que posee conocimientos científicos de las relaciones interpersonales, de los problemas de la personalidad, etc., que no intenta obtener prestigio a los ojos de sus pacientes u obtener satisfacciones de ninguna especie, de su relación con pacientes. El psiquiatra debe ser consciente de esa situación; debe abstenerse de usar su conocimiento experto para ganar satisfacción personal o aumentar su prestigio a expensas de su paciente. Solamente bajo estas condiciones puede la relación entre el experto y el paciente ser consolidada. El psiquiatra experto hace bien en prestar considerable atención a lo que tradicionalmente se espera de él.

X El interés de quienes acuden a ver al psiquiatra, varía muy ampliamente; unos van recelosos, otros con gran interés. La actitud del psiquiatra también varía del entusiasmo a la indiferencia. El interés del paciente se acrecienta en ocasiones cuando se da cuenta de que el psiquiatra no es sólo quien aprueba, o desaprueba, sino que tiene un objetivo real en beneficio del paciente.

En las entrevistas psiquiátricas que sólo son un interrogatorio, no se da importancia al efecto que causen en el paciente, así como tampoco a la ansiedad e inseguridad de éste. El paciente debe obtener algo del terapeuta, se le debe dar valor para que espere mejorar; si ve que el psiquiatra tiene interés en conocerlo, en conocer sus dificultades y con quién son éstas, el proceso terapéutico mejora, el psiquiatra obtiene más datos valiosos y el paciente gana confianza en su duración.

Sullivan distingue entre comunicaciones verbales y vocales, las primeras son palabras y las vocales son el tono, la velocidad y la pronunciación fácil o difícil. Todo esto puede servir como guía, más que las expresiones faciales, en opinión del mencionado autor.

Lo que el paciente dice no debe ser tomado literalmente, ni aún las afirmaciones más concisas y cuando el psiquiatra dude de lo que su paciente realmente quiere decir deberá interrogarlo con objeto de aclarar su duda y permitir que el paciente dé cuenta de lo que en realidad quiere decir.

Sullivan se interesa especialmente en los fenómenos trasferenciales, los que califica con el nombre de paratáxicos.

• Cuando el paciente llega a ver al psiquiatra, espera que va a encontrar una persona que haga algo por él, que le dé un apoyo a su inseguridad y que le maneje como experto, es decir el psiquiatra debe dar una idea de seguridad al paciente, debe hacerlo sentir que sabe bien lo que está haciendo y convencerlo de que lo que hace, aún cuando sea inmiscuirse en sus asuntos privados, es algo necesario para el mejor conocimiento y manejo de su enfermo. •

✓ Sugiere Sullivan que la influencia de la primera entrevista debe ser ininterrumpida a través de cuatro etapas: recepción formal, reconocimiento, encuesta detallada y determinación.

La recepción formal es la aceptación por parte del psiquiatra de un extraño, a quien invita, por su nombre, a pasar a su oficina y en seguida le sugiere, en la opinión de Sullivan es lo mejor, hable del por qué llegó a verlo. Con esto se permite al entrevistado aclarar cual es la situación real de la primera entrevista. Esta fase termina cuando el paciente cree haber dado al psiquiatra una idea clara de cual es su problema.

El reconocimiento consiste en obtener una idea somera de la posición social del paciente, tratando de recoger los datos principales acerca de la situación familiar, educación, agrupación social y educacional, así como el camino que el paciente recorrió para llegar hasta el psiquiatra.

En la tercera etapa está la encuesta detallada sobre los datos importantes de las dificultades para vivir que tiene el paciente. Es necesario preguntarle entonces respecto a los asuntos que el paciente habilmente elude. Para esto se requiere que el psiquiatra tenga habilidad para pasar de un tópico a otro, conduciendo al paciente a un mejor entendimiento y por tanto una mejor presentación de sus problemas. Las transiciones de un tópico a otro, son de una gran importancia para Sullivan y pueden seleccionarse de las tres formas siguientes:

1.— Transición suave. En ella el paciente es llevado por el psiquiatra de un tema a otro, diciendo por ejemplo: «Bien, esto nos lleva a esto otro...» Este cambio da al enfermo la sensación de colaboración entre él y el psiquiatra y hace que la entrevista trascurra tranquilamente.

2.— Transición acentuada. En ella el psiquiatra interrumpe al paciente y lo hace pasar a otro tópico distinto con el objeto de que lo segundo no se vea influido por lo primero.

3.— Transición brusca. Es la que tiene por objeto evitar o provocar ansiedad por medio de la presentación súbita de un problema a pacientes muy ansiosos, poco cooperadores o bien pacientes a los que es necesario estimular para que cooperen.

4.—La cuarta parte de la entrevista es su terminación o interrupción, ya sea que el paciente no vaya a ser visto más o cuando va serlo en otras ocasiones. Sullivan sugiere que cuando se trate de una interrupción es conveniente que el entrevistador deje a su paciente algo así como una tarea psiquiátrica, como por ejemplo decirle que algún tema no quedó bien aclarado y que espera sea mejor entendido en ocasión próxima; cuando se trate de una terminación es conveniente darle al sujeto algún tipo de conclusiones aun cuando sea sólo una especie de resumen de como ve el el entrevistador sus problemas.

Finalmente quiero referirme a la escuela de Erich Fromm(*) quien señala la importancia de la actitud del entrevistador. Expresa que esta actitud debe estar basada en un real interés humano, que debe ser el resultado de la consideración de que es sólo un hecho circunstancial el que en un determinado momento, un sujeto entrevistador o entrevistado, es decir del convencimiento de nuestras propias limitaciones y de la expresión, en último término, de amor a nuestros semejantes.

(*) Comunicación Verbal.

B I B L I O G R A F I A :

- 1.— APPEL K. E. *Psychiatric Therapy*. En *Personality and Behavior Disorders*. New York: The Ronald Press Co., 1944. Vol. II, Ch. 34.
- 2.— BLEULER, D. *Textbook of Psychiatry*. New York: The Macmillan Co., 1924.
- 3.— DOLLARD, L. W. and MILLER, O. H. *Personality and Psychotherapy*. New York McGraw-Hill, 1950.
- 4.— FREUD S. *Obras Completas*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1948.
- 5.— FROMM-Reichmann, F. *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: The University of Chicago Press, 1951.
- 6.— HENDERSON, D. K. and GILLESPIE, R. D. *A Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press, 1946.
- 7.— KIRBY, G. H. *Guides for History taking and Clinical Examination of Psychiatry Cases*. Utica: State Hospital Press, 1938.
- 8.— MENNINGER KARL A. *Manual for Psychiatric Case Study*. New York: Grune and Stratton, 1952.
- 9.— MERTON GILL, RICHARD NEWMAN, F. C. REDLICH, M. SOMMERS. *The Initial Interview in Psychiatric Practice*. New York: International University Press, 1954.
- 10.— NOYES, A. P. *Psiquiatría Clínica Moderna*. México: Prensa Médica Mexicana, 1951.
- 11.— PREU, P. *Outline of Psychiatric Case Study*. New York: Hoeber, 1943.
- 12.— REIK, THEODOR, *Listening with a Third Ear*. New York: Farrar Straus, 1952.
- 13.— ROGERS C. R. *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1942.
- 14.————— *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
- 15.— SADLER, W. S. *Modern Psychiatry*. St. Louis: Mosby, 1945.
- 16.— SCHILDER, P. *Psychotherapy*. New York: Norton, 1938.
- 17.— SULLIVAN, H. S. *Psychiatry: Introduction to the Study of Interpersonal Relations*. Psychiatry (1938) 1: 121-134.
- 18.— SULLIVAN, H. S. *The Psychiatric Interview*. New York: Norton and C., 1954.
- 19.— STREKER, E. A. and EBAUGH, F. G. *Practical Clinical Psychiatry*. Philadelphia: The Blakiston Co., 1948.
- 20.— WHITEHORN, J. C. *Guide to Interview and Clinical Personality Study*. Arch. Neurol. and Psychiat., 52: 191-216, 1944.
- 21.— WITMER, H. L. *Psychiatric Interview with Children*. New York: Commonwealth Fund. 1946.