

PRIMERAS ENTREVISTAS CLINICAS

EARLY CLINICAL INTERVIEWS

Hernán Davanzo

Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Ex-Profesor de Psicología Médica y Psiquiatría, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, U.S.P. (1957-65). Psicoanalista Didacta, Asociación Psicoanalítica Chilena.

CORRESPONDENCIA: Isabel la Católica 4491, casa 7, (Las Condes) Santiago, Chile - Teléfono: (56-2) 2284963 - FAX: (56-2) 2281940.

DAVANZO H. Primeras entrevistas clínicas. **Medicina, Ribeirão Preto**, 31: 277-287, abr./jun. 1998.

RESUMEN: Se señala la importancia de las primeras entrevistas en el Estudio Clínico Inicial (E.C.I.) con propósitos de diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. Se revisa los condicionantes que surgen de parte del entrevistado y del entrevistador. Se plantea el papel de la técnica, así como el cambio de encuadre a efectuarse desde el E.C.I. a las diferentes formas de psicoterapia.

UNITERMOS: Entrevistas. Psicoterapia.

1. INTRODUCCIÓN

La entrevista es una reunión concertada entre dos o más personas con el propósito de comunicarse directamente mediante la percepción mutua mientras emplean el lenguaje común. En la entrevista se establece así una relación dinámica entre los participantes, relación que suele sufrir un curso y una evolución previsible. Las conversaciones que dos o más personas realizan a distancia por medio de la televisión ha venido a crear un nuevo tipo de entrevista, con una percepción mutua más restringida que la que ocurre frente a frente en un mismo lugar.

Los varios conceptos que integran esta definición amplia de entrevista ponen de manifiesto que el tema tiene diversas conexiones con múltiples áreas del conocimiento, tales como percepción, comunicación, pensamiento, lenguaje, motivación y otros aspectos de la Psicología y el Psicoanálisis. A la vez el empleo de los signos, del significado, del conocimiento o la trascendencia-inmanencia lleva al terreno de la Filosofía. Las relaciones interpersonales, el funcionamiento de grupos pequeños y grandes, el problema de

la organización social y del cambio personal y social, colindan con el campo de la Sociología, la Educación, la Ética y la Política. Por motivos de espacio, estas ricas conexiones del tema no podrán ser abordadas en el presente artículo.

Hay diferentes tipos de entrevista según sea su propósito. Hay entrevistas de encuestas destinadas a sondear opiniones (en política, consumos, modas, etc.) o hábitos (de alimentación, ejercicios, deportes, vida sexual, etc.). Algunas están dirigidas a enfocar la orientación vocacional (en estudios, trabajos, etc.). También las hay dirigidas a la selección de candidatos para opciones de estudio, deportes, trabajos, etc.. Otras enfocan el Estudio Psicológico, incluyendo pruebas psicométricas y tests. Finalmente en conexión con la Medicina tenemos la Entrevista Clínica a la que nos vamos a referir en particular. **Esta es la que hacemos con la persona presuntamente enferma que consulta y con ella procedemos a completar un Estudio Clínico Inicial (E.C.I.), cuyo propósito central consiste en formular un diagnóstico, un pronóstico y un plan de tratamiento.** Es posible combinar los propósitos de la entrevista, por ejemplo, cuando se

realiza una entrevista de **selección** de candidatos al Post-grado en Psiquiatría, o para optar a la formación psicoanalítica en el correspondiente Instituto. Tal entrevista es fundamentalmente un cuidadoso E.C.I. que intenta detectar patología fina de personalidad⁽¹⁾.

2. LA ENTREVISTA CLÍNICA

Escribo aquí Entrevista Clínica en vez de Entrevista Psiquiátrica, porque aunque utilizo la perspectiva psiquiátrica, **me estoy refiriendo a que debería ser usada por todo clínico y no sólo por el especialista en Psiquiatría**. Esto sería consecuencia ideal si se cumple con la contribución de la enseñanza psiquiátrica de pre-grado a la formación del Médico General^(2,3). Los objetivos de dicha enseñanza incluyen que el estudiante de Medicina de Pre-grado también deba quedar capacitado para realizar un diagnóstico y un tratamiento psiquiátrico precoz (medicamentoso y psicoterapéutico) a nivel primario en la asistencia global. Esta presenta una buena cuota de patología psiquiátrica aguda que el clínico general está obligado a abordar. En tal caso, el buen manejo de la Entrevista es un instrumento privilegiado para el ejercicio de la Psicoterapia que todo clínico va a incluir necesariamente en su práctica diaria⁽⁴⁾. El Médico General deberá además adquirir un conocimiento eficiente para detectar precozmente, mediante un ejercicio de diagnóstico diferencial, aquella patología psiquiátrica que no puede ser tratada por él en forma eficiente y suficiente, debiendo derivarla en forma oportuna al especialista en Psiquiatría para su atención secundaria y terciaria.

Para el E.C.I. **las entrevistas del comienzo, en particular la primera⁽⁵⁾, es de trascendental importancia. En ella se establece las bases de la relación personal y profesional que vendrá a continuación, la llamada relación médico-paciente**. El modo como se inicia este contacto interpersonal, la manera de establecer y mantener un encuadre edecado, el desarrollo y luego la terminación de la misma, son muy significativas. La Tabla I muestra sus principales finalidades.

Después de efectuar las entrevistas que constituyen el E.C.I. se procede a la continuación del tratamiento que se haya indicado. Esto implica un cambio de encuadre, especialmente digno de atención cuando se trata de cualquier tipo de Psicoterapia. Este cambio es un paso delicado, que comentaremos más adelante.

Tabla I – Funciones de la entrevista clínica inicial

- Fundamentar un vínculo personal estable
- Facilitar la recolección de información (investigación clínica)
- Conducir a la formulación del diagnóstico
- Iniciar la gestión psicoterapéutica inespecífica y realizar atención de urgencias
- Indicar estudios adicionales (interconsultas, exámenes de laboratorio, RX, etc.)
- Formular y poner en marcha un plan global de tratamiento
- Confeccionar una ficha clínica para el archivo

3. DIVERSOS CONDICIONANTES DE LA PRIMERA ENTREVISTA

Son varios los condicionantes que intervienen en una primera entrevista. Entre ellos podemos desglosar los que surgen del entrevistado, del entrevistador, del número de otros participantes, del local donde se realiza y de la técnica empleada. (Tabla II).

Tabla II – Condicionantes de la primera entrevista

1. Del paciente
 - Edad, sexo, raza, tipo constitucional
 - Estado de salud física
 - Niveles social, económico y cultural
 - Presencia de enfermedades
 - Funciones o facultades mentales
 - Presencia de defensas psicológicas
2. Del entrevistador
 - Experiencia y destreza técnica
 - Capacidad de empatía, personalidad
 - Tiempo disponible y ausencia de interferencias (internas y externas)
 - Orientación teórica
3. Número de participantes
 - Miembros de la familia
 - Miembros del equipo profesional
4. Ambiente
 - Situaciones de urgencia o electivas
 - Técnicas audiovisuales

3.1 A partir del enfermo

La edad hará diferente la entrevista con un niño, un adolescente, un adulto joven o maduro, o con un senescente. Influirá también el sexo, la raza, el tipo constitucional (talla, biotipo) y el estado de salud física (stress, traumas, intoxicaciones, deficiencias o

defectos, por ejemplo si es o está, habitualmente ciego, sordo, mudo, paralizado). Igualmente la presencia de enfermedades, ya sea de urgencia, aguda o crónica; de intensidad leve, mediana o grave. Todo ello viene a adicionar condiciones excepcionales al procedimiento.

Desde el plano socio-cultural, en la entrevista influyen la alfabetización, el idioma y lenguaje, la nacionalidad, la religión y otros elementos como el nivel socio-económico, la estructura familiar, y el lugar de residencia (campo, ciudad, etc.). Cuando la persona que consulta habla un idioma extranjero se crea una condición particular. Caso aparte lo constituyen estados de catástrofe y emergencias ecológicas.

Influyen también en el tipo de entrevista clínica el estado de las funciones o “facultades” del Examen Mental. Atención, percepción, orientación, juicio, y muy en especial el estado de conciencia, memoria, lenguaje, inteligencia, contacto interpersonal, insight, afectividad, motivación, aspectos temperamentales, impulsividad y conducta motora, estilos, y otros rasgos de personalidad.

Algunas personalidades que utilizan defensas de nivel bajo⁽⁶⁾, especialmente el “acting” y la somatización, pueden no manifestarlas plenamente en el curso de las primeras entrevistas. Por ejemplo, una personalidad perturbada por rasgos psicopáticos, abuso de alcohol o de drogas, fallas éticas, perversiones sexuales, etc. puede esconder intencionalmente estos datos. En estos casos, es indispensable complementar las entrevistas iniciales con información indirecta aportada por terceros, refiriéndose a conducta y personalidad reconocida en ámbitos sociales. O bien complementar el E.C.I. con un Estudio Psiquiátrico efectuado por el especialista^(7, 8).

3.2 Condicionantes de parte del entrevistador

Sin ceñirnos al mismo desglose empleado cuando nos referimos al enfermo (en el plano somático, socio-cultural y psíquico) vamos a mencionar aquí cómo pueden también influir en la entrevista varios factores de parte del entrevistador. La experiencia, la destreza técnica y la personalidad, así como la capacidad de empatía, pueden influir notoriamente en su cualidad. Al tino, la sensibilidad y el estilo personal se suman el tiempo disponible, y la buena disposición, no interferida por factores externos (bullicio, interrupciones, etc.) o internos a la persona del clínico. Al referirme al tino y la sensibilidad del entrevistador para percatarse del estado emocional del

entrevistado estoy relacionando este tema con la manera de formular las preguntas y los comentarios, como lo ha expuesto detalladamente Sullivan⁽⁹⁾. Esto se relaciona también con lo que Frenichel⁽¹⁰⁾ ha postulado respecto de la dinámica y estructura de una interpretación. Allí señala que el psicoterapeuta debe aprender a hablarle al paciente desde la perspectiva de las defensas, dejándole abierta la posibilidad de auscultar, con su apoyo, pero a su manera, hacia los impulsos peligrosos que han sido previamente reprimidos. Por ejemplo: "parece que Ud. ha preferido hablar de A (por desplazamiento) para evitar referirse a lo que promueve B (impulsos conflictivos)".

La orientación teórica que suscriba y practique en cuanto a etiología y patogénesis, hará que el encuadre se pueda inclinar a la indagación del síntoma, de la enfermedad, del órgano o del organismo y sus funciones, en términos de mecanismos. O bien, a la consideración de la persona que sufre y se desequilibra hasta quebrarse en la enfermedad. En Psiquiatría hay orientaciones donde se privilegia el papel “médico” de lo somático, lo orgánico y lo biológico. Frente a esto, otras corrientes destacan la psicogénesis y la posición psicoterapéutica. La polarización o la integración de estas orientaciones va a tener una importante repercusión en el encuadre de la entrevista.

3.3 Condicionantes derivados del número de participantes

La entrevista suele ser entre dos participantes: el enfermo y el clínico. Pero aparte del enfermo pueden incluirse al cónyuge o/y otros miembros de la familia, incluso allegados o amistades próximas. De parte del clínico también pueden asistir a la entrevista otros participantes del equipo, en especial en los centros asistenciales que sirven a la enseñanza profesional (estudiantes en práctica, becados, observadores médicos y de profesiones afines)⁽¹¹⁾. Las entrevistas de varias personas requieren de una organización especial y técnicas específicas.

3.4 Ubicación ambiental

Circunstancias especiales pueden hacer que el E.C.I. se efectúe en plena calle, por ejemplo, a propósito de un accidente de tráfico, o en un medio de transporte (ambulancia). La entrevista inicial puede realizarse en una Posta de Urgencias, en el Ambulatorio, en la Sala de Internación, cuando se solicita una Interconsulta, en Medicina de Enlace. También en la UTI. O bien, puede tener lugar en el domicilio

del paciente o en el consultorio privado. Todas estas peculiaridades del ambiente también vienen a influir. Las técnicas audio-visuales, la televisión a circuito cerrado y las salas con vidrios de visión unilateral utilizadas en la enseñanza suelen agregar condiciones excepcionales para el desarrollo de la entrevista⁽¹¹⁾.

3.5 Técnica y Estilo de Conducción de la Entrevista

Tomaremos como objeto de esta discusión la entrevista realizada con una persona adulta en un consultorio de atención ambulatoria.

3.5.1 Preparación

El contacto con el clínico lo inicia el presunto enfermo mucho antes de ingresar al consultorio. Desde el momento que una persona decide consultar, piensa, imagina y se prepara para ello. En el Ambulatorio del Hospital la elección del clínico para efectuar la primera entrevista suele ser a ciegas y la distribución la suele efectuar un funcionario o una auxiliar, más o menos al azar. En la consulta privada es el entrevistado quien ha escogido al clínico, por referencia de terceros o por derivación de colegas que efectúan la recomendación. Desde entonces, el que irá a consultar comienza a formar una expectativa respecto de alguien a quien no conoce y a quien va a encontrar en un lugar también desconocido, para tratar de asuntos que no domina. Esta asimetría favorece la dependencia, la regresión, la idealización y otras defensas, más o menos normales. Muchos pueden ser los elementos de la experiencia pasada, remota y reciente, que vengan a integrar la fantasía anticipatoria del encuentro. Quien solicita una entrevista por medio del teléfono, va a contactar con la voz de una secretaria, ojalá adecuada para esta función, o bien con el recado de una grabadora. Si se comunica directamente con el clínico se puede dar algún diálogo telefónico previo sobre los motivos del llamado, horarios, dirección, valor de la consulta, etc. A partir de este primer contacto ambos miembros de la próxima reunión empiezan a formular mutuamente una imagen de la persona que está al otro lado de la línea telefónica por el nombre y las características del hablar, evaluando el tino, educación, estilos, inteligencia, ubicación social y cultural, en un primer esbozo de la identidad del otro, base de conjeturas sobre el próximo encuentro.

Cuando esta persona asiste a la primera entrevista, se sienta en la sala de espera y observa. Luego ingresa a la consulta y mientras sigue observando, saluda y se acomoda, ya empieza a mostrar diversos

aspectos de su personalidad reflejados en la conducta no verbal. Muestra su puntualidad, apariencia física, sus maneras y estilos, su marcha y sus movimientos, su modo de vestir, de arreglarse en cuanto a ropas, pelo, adornos, manos. Así se irá dando mayor o menor grado de coincidencia con lo que se esperaba a partir del llamado telefónico. Según los hábitos locales y personales, el clínico hace entrar a la persona, saludando de manos, o no, ofreciendo una silla o una poltrona cómoda para sentarse, en una pieza decorada de una cierta manera. El escritorio podría estar a un lado o bien situarse entre ambos. Si hubiera más de un ambiente, el clínico podría ofrecer la iniciativa al enfermo para que él escoja el lugar que le ofrezca mayor comodidad. Todos estos indicios y otros, también van a ser registrados por el entrevistado, configurando el fondo donde se presenta la figura del entrevistador.

3.5.2 O desarrollo

Una vez acomodados, el clínico puede verificar los datos de identificación e iniciar el diálogo con una pregunta muy simple, directa, concisa, pero a la vez muy amplia, ofreciendo la oportunidad de iniciar un relato a la manera más espontánea y por donde mejor le convenga. Por ejemplo, puede iniciar la entrevista con: “¿Qué le ocurre?”, o “¿Qué le ha traído por acá?”, o “¿Qué le pasa?”, o “¿Por qué ha venido a consultarme?”. No es raro entonces que el entrevistado empiece el relato de sus motivos de consulta de un modo tan claro, espontáneo y organizado, que el clínico no necesite intervenir por un buen lapso de tiempo, apenas escuchando atentamente el contenido. Mientras el clínico pone atención al contenido de la comunicación, simultáneamente empieza a observar y evaluar con todos sus sentidos (visión, audición, olfato, tacto, si ha dado la mano al saludar) dichos elementos no verbales del lenguaje y de la conducta del entrevistado. Junto con recibir una íntima confianza, al mismo tiempo empezará a organizar discretamente los elementos espontáneos que irán a formar parte del Examen Médico, Neurológico y Mental.

Cuando el relato se hace más confidencial y trae al presente importantes acontecimientos, recordados vivamente, cargados de afecto, la persona puede de improviso verse tomada por la emoción hasta angustiarse y llorar. Sufre así una “catarsis”, un desahogo, que le dejará aliviado y además reforzará el vínculo con el entrevistador. A veces, junto a lo anterior la persona constata que está expresando y tomando conciencia de reacciones que permanecieron repri-

midas, virtuales, y que ahora se recuperan como legítimas partes de la identidad antes sofocada. Esta es una “abreacción”, un paso de progreso en el camino del “insight”.

Si el relato se atascara, se hiciera superfluo por detalles inútiles, si se quedara en contenidos muy vagos o muy abstractos, o si cortara un tema dejándolo inconcluso, el clínico debería tener un modo delicado de corregir estas deficiencias ayudando a reencontrar el hilo conductor. Irá apareciendo a partir de una primera impresión global, la perspectiva de un desarrollo biográfico particular que escudriña hacia el pasado de la infancia en el seno de una familia y un mundo propio. La atmósfera de la comunicación se irá cargando de interés, curiosidad, compasión, consideración, capacidad de empatía, capacidad lúdica, sentido del humor, comodidad y deseo espontáneo de servir. Estos sentimientos pueden contrastar, a veces desproporcionalmente, con otros menos positivos de antipatía, rechazo, aburrimiento, somnolencia, fatiga, angustia, malestar, náuseas, cefalea, tentación a la distracción o a moverse e interrumpir. Es decir, se da así inicio a procesos inconcientes más complejos, cargados de afectividad, denominados por el Psicoanálisis como transferencia, por parte del entrevistado, y contratransferencia, por parte del entrevistador.

En forma progresiva la pregunta inicial “¿qué le pasa?” se va complementando con otras, tales como: “¿y cómo le ha ocurrido esto?”, “¿desde cuándo?”, “¿bajo qué circunstancias?”, “¿cómo ha ido evolucionando?”. Para dirigirse finalmente a otras preguntas grandes: “¿quién es Ud.?”, “¿quién ha sido?”, “¿de dónde viene?”, “¿hacia dónde va?”.

El entrevistador también puede recibir desde el comienzo información verbal o evidencias no verbales de necesidades inmediatas de atención: gran angustia, desmayo, apuro por usar el W.C., llanto, ahogos, vértigo, jaqueca intensa, epigastralgia, dolores cólicos, náusea, vómitos, estado febril, hemorragia, etc. Lógicamente estará obligado a atender prioritariamente estas urgencias antes de proseguir con la entrevista.

3.5.3 Conclusion de la entrevista

El relato espontáneo del entrevistado puede continuar fluidamente hasta pocos minutos antes de finalizar esta primera entrevista, que no puede demorar menos de cuarenta y cinco minutos. El clínico deberá anunciar entonces al entrevistado que el tiempo obliga a interrumpir. De no mediar cualquier otra urgencia, se disponen a concertar una nueva reunión para continuar el E.C.I.

Si fuera necesario se podrá pedir antes de concluir, otros exámenes: Estudio Psicológico, de Asistencia Social, Interconsulta Médica, Neurológica o de otra especialidad, pruebas de Laboratorio, RX, E.E.G., etc. Igualmente recomendable puede ser concertar desde ya el comparecimiento de algún familiar que complemente la información y colabore al tratamiento. Según las circunstancias de cada caso, la presencia del cónyuge u otros familiares podrá dar lugar a una futura entrevista conjunta, o bien independientemente.

Es posible que en el curso de la primera entrevista, o antes de su término, se deba indicar algún medicamento u otra intervención terapéutica inmediata. En la medida de lo posible yo prefiero no hacerlo en el curso de esta primera entrevista, antes de tener completado el E.C.I. y hasta poder observar mejor la evolución espontánea del caso en la segunda entrevista. El E.C.I. puede requerir más de dos entrevistas.

El estado del paciente será fundamental para marcar la fecha de la segunda entrevista. Un paciente muy angustiado o muy deprimido podría beneficiarse con una entrevista efectuada al día siguiente. Esto permitiría tener una mayor garantía que el sufrimiento y las amenazas de suicidio quedaran controladas mediante el buen vínculo que se ha podido consolidar desde la primera entrevista. Si el peligro no quedara completamente controlado, sería indispensable considerar todos los pasos de una internación psiquiátrica inmediata. En cambio si el estado del enfermo no registrara tales amenazas, es posible que la segunda entrevista se pueda concertar para unos días después, tomando en consideración las disponibilidades de ambas personas.

En el transcurso de la entrevista el entrevistador va observando sus propias reacciones y esto contribuye para mantener las comunicaciones en un nivel adecuado de tensión, favorable a los propósitos de la entrevista. Los datos de esta auto-observación pueden ofrecer hipótesis de lo que estaría pasando en momentos de mucho silencio o de otras dificultades en la comunicación⁽¹²⁾.

Finalmente el entrevistador tiene que dejar un documento donde se anota todo lo más importante que ha observado, para confeccionar un archivo de fichas con los datos de cada paciente. Al respecto, Ruiz⁽¹³⁾ efectuó un estudio de auditoría sobre 146 fichas clínicas de un sector de pacientes agudos dados de alta del Hospital Psiquiátrico de Santiago y constató que en ellas “se había omitido cerca de la cuarta parte de los datos clínicos básicos buscados”.

De lo que hemos expuesto se desprende que el entrevistador tiene que conjugar armónicamente el desarrollo de diversas funciones a desempeñarse en forma simultánea. Cuando se consigue integrarlas exitosamente, la entrevista resulta natural y espontánea. Llena de confidencialidad, la reunión puede ser grata y muy productiva en cuanto a información, con recolección de ilustraciones vivas y franca colaboración por parte del entrevistado. Sin romper el hilo conductor surgido en forma natural desde la necesidad de comunicación, el entrevistador exitoso sabe escuchar sin interrumpir, entendiendo correctamente al paciente, siguiéndolo por los surcos que el propio entrevistado escoje a su manera. Ayudar a recuperar el hilo conductor si se ha perdido, apoyando para superar las tentaciones a evadirse mediante cualquier tipo de defensas patológicas, así mantiene la buena comunicación evitando caer en la atmósfera fría de la encuesta. A veces si el paciente permanece en silencio ensimismado, un breve gesto, un “mh”, “¿ y?” o un “¿entonces?”, o bien, la repetición de las últimas palabras emitidas por el entrevistado, puede ser el estímulo suficiente para proseguir con el relato.

El empleo cuidadoso del silencio y la contención de comentarios que impliquen interrupción o cambios del tema central, son esenciales. Conviene evitar juicios de valor, críticas u opiniones que reflejen algún interés particular del entrevistador. Una buena entrevista puede resultar justamente cuando el entrevistador ha hablado muy poco y ha sabido escuchar y observar mucho. Esto va dando una agradable tranquilidad al paciente que se va sintiendo aliviado al saberse bien captado.

En un momento adecuado, el entrevistador puede solicitar aclaraciones, indagando detalles, señalando vacíos o posibles contradicciones, juntando elementos de un mismo contexto que permanecían aislados, confrontando al paciente con ciertas manifestaciones somáticas (sudoración, temblor, enrojecimiento, etc.), conductuales (errores involuntarios, omisiones, lapsus, etc.) o psicológicas (olvidos, inhibiciones, emociones, etc.) que hubieran pasado sin ser notadas. Es probable que en un determinado momento, de preferencia en el curso de la segunda entrevista, el entrevistador también pueda solicitar al entrevistado que ejecute ciertas pruebas (de orientación, percepción, memoria, inteligencia, juicio, etc.) para evaluar las diversas funciones que integran el llamado Examen Mental. O bien pedir detalles aclaratorios de la Anamnesis y la Historia (Familiar, Personal, Conyugal). El ideal es que estas preguntas y pruebas no se coloquen

inadecuadamente, para evitar que la entrevista tome dicho cariz de encuesta o de inventario. Porque en tal caso, la profundidad de la afectividad y del vínculo que se establece entre ambas partes va a quedar restringido. Entonces la confianza, el alivio y la colaboración del enfermo para completar sus datos con las informaciones más íntimas y confidenciales, pueden sufrir una significativa merma.

Si se toma en cuenta las consideraciones previas en cuanto a armonizar el desarrollo de un relato íntimo, confidencial, cargado de sentido y de afectividad, junto a la introducción muy prudente de las intervenciones por parte del entrevistador, en tal caso la llamada “Entrevista Estructural”, de Kernberg⁽¹⁴⁾, puede ser un instrumento de mucha utilidad para el diagnóstico diferencial de los principales cuadros psicopatológicos que se presentan en la práctica clínica: a) neurosis, b) trastornos limítrofes de personalidad (borderline), c) psicosis funcionales y d) patología de base orgánica.

4. LA SEGUNDA ENTREVISTA

Al comienzo de esta se puede tener la oportunidad de continuar directamente en un punto del relato que se interrumpió al finalizar la Primera Entrevista. Frecuentemente en el curso de esta Segunda Entrevista el entrevistado concluye su información espontánea y pregunta si acaso hay algo más que revisar. En tal caso el entrevistador puede preguntar directamente sobre algunos aspectos que vengan a completar la Anamnesis, el Examen Mental o la Historia. En otras oportunidades el entrevistado cree haber concluido toda su información ya en el curso de la Primera Entrevista, como si veinte o más años se pudieran contar en una hora: “eso sería todo. ¿Quiere Ud. averiguar algo más?”. Aquí el entrevistador puede ofrecer al entrevistado la palabra sobre algún aspecto que le haya quedado pendiente, alguna ampliación o algún dato olvidado. O también el entrevistador puede efectuar una breve síntesis de lo ocurrido en la Primera Entrevista y luego revisar algunos puntos especiales. Frecuentemente ya se ha recibido el resultado de exámenes o interconsultas solicitadas después de la Primera Entrevista. La demora ineludible de algunos exámenes especiales va a exigir concertar otra entrevista para incluir estos datos en la “devolución”.

El entrevistador suele formarse a estas alturas una hipótesis global de lo que le pasa a esta persona

que recién empieza a conocer. Obtiene una visión sincrónica, actual, descriptiva; junto a otra, diacrónica, biográfica, comprensiva. Consigue así una nueva perspectiva, a la vez existencial y psicodinámica, para entender al que hasta hace muy poco fuera un desconocido. Así se ordena la información recolectada, disponiéndola en varios aspectos del Diagnóstico, tema que vamos a revisar a continuación.

En la última parte de la Segunda Entrevista el entrevistador puede formular su opinión diagnóstica, de pronóstico, y de tratamiento, exponiéndole al paciente las diversas opciones que tiene su caso. Esta parte es lo que algunos llaman la “devolución”. Esto debe ser expresado en términos comprensibles y adecuados a la condición del entrevistado, evitando la jerga médica y percatándose que el enfermo haya comprendido cabalmente lo central de su patología, sus riesgos, así como las posibilidades efectivas de tratamiento. En algunos sistemas asistenciales se encarga a otros miembros del equipo de salud mental para reforzar esta última consecuencia del E.C.I.

A veces el entrevistado puede adoptar de inmediato la decisión de tratarse. Cuando el entrevistador dispone de un horario suficiente para hacerse cargo del tratamiento, entonces se puede organizar lo que se ha denominado un “contrato terapéutico”, incluyendo horarios, procedimientos, honorarios, duración probable, etc.. Si el entrevistador no dispusiera de horario para atenderle, deberá facilitar los contactos con posibles terapeutas que pudieran servir al enfermo particular. Otras veces el entrevistado necesita un tiempo para pensar mejor y decidir, retirándose con el compromiso de telefonar cuando haya llegado a una decisión. En ciertas ocasiones es necesario esperar la llegada de exámenes o conclusiones surgidas de alguna interconsulta y ello puede obligar a postergar decisiones hasta una nueva fecha en una tercera entrevista. Finalmente hay casos en que es el entrevistador quien queda con dudas y se le hace necesario dejar pasar cierto tiempo para efectuar nuevas entrevistas y realizar nuevas evaluaciones.

En relación a este último problema, en el Servicio Ambulatorio del Departamento de Psiquiatría da Facultad de Medicina, Universidad de Chile, **resultó de mucho interés el empleo de un Grupo Diagnóstico (G.D.)**. Aquí participaban aquellos casos que habían dejado dudas a los clínicos más jóvenes, después de terminado el E.C.I. Este G.D. era dirigido por un clínico de más experiencia con capacidad de dirigir grupos terapéuticos. A la reunión del G.D.

ingresaban primeramente los clínicos a cargo de la recepción de pacientes nuevos. Ellos hacían una breve síntesis de su caso en cinco minutos. Frecuentemente también asistía algún otro miembro del equipo (psicólogo, asistente social, enfermera). A continuación ingresaban los pacientes, solos o con su acompañante principal (cónyuge o familiar). Se iniciaba la sesión con una presentación, seguida de una breve explicación sobre el propósito (diagnóstico) del Grupo. Los tres a seis pacientes convocados hacían una presentación espontánea de sus motivos de consulta, en una atmósfera de grupo operativo, por espacio de una hora. Luego se retiraban y el equipo permanecía para discutir lo que había sido observado, durante aproximadamente media hora más. El G.D. resultó ser un valioso instrumento de investigación semiológica y a la vez de enseñanza clínica. Conseguía contrastar nítidamente los principales síntomas y síndromes, activados en la dinámica grupal. A la vez contribuía a complementar los respectivos procedimientos y proyectos terapéuticos a ser puestos en ejecución.

5. PAPEL DE LA FICHA CLÍNICA

Cuando el médico joven empieza su práctica clínica aun no tiene bien incorporado el esquema y los ítems de la ficha que forman parte del E.C.I. Los Servicios de Asistencia que reciben Becados y otros estudiantes en práctica, suelen tener una ficha muy completa con diferentes encabezamientos, incluso algún cuadernillo con instrucciones adicionales, además de apuntes de psicopatología que se pueden consultar en cualquier momento oportuno.

Un primer aprendizaje consiste en el modo de armonizar la conducción “natural” de la entrevista, incluyendo todos los propósitos antes descritos al respecto, al mismo tiempo de cumplir con las exigencias del esquema escrito que la orienta. Se agrega además la necesidad de dejar por escrito en la ficha del Servicio todo lo que ha sucedido durante la entrevista. La calidad de esta ficha será revisada más adelante por un encargado de la Auditoría del Servicio. Para el clínico principiante viene entonces la duda si dejarse llevar por el camino que el paciente escoja en su relato más espontáneo, olvidándose momentáneamente del esquema y confiando en la memoria para escribir después en la ficha cuando el paciente se haya retirado. O bien, tener que interrumpir al hojear la ficha para escribir lo que se está relatando en el lugar

correspondiente. Cuando el clínico tiene más años de experiencia y el esquema del E.C.I. está suficientemente incorporado a su estilo personal, suele pasar a emplear un tipo más simple de ficha, donde apenas constan los datos de identificación de la persona entrevistada y luego el espacio en blanco para anotar en forma libre el modo muy particular en que cada entrevistado se ha dejado manifestar.

El manejo de las fichas clínicas en los Servicios Psiquiátricos no garantiza la confidencialidad. La presión de la asistencia hace difícil contar con el tiempo necesario para escribir notas después de la entrevista y en estos centros las fichas suelen ser incompletas y difíciles de revisar ulteriormente.

6. DIAGNÓSTICO

El conjunto de la observación e información recogida desde la primera entrevista nos va a permitir efectuar en una síntesis la formulación de un diagnóstico. Este puede desglosarse en varios aspectos (Tabla III):

Tabla III – Subdivisión del Diagnóstico

- Estructural - aspectos estructurales de la personalidad
- Nosológico - clasificación de la enfermedad
- Diferencial - alternativas diagnósticas
- Etiopatogénico - factores predisponentes, desencadenantes y modificantes
- Dinámico - funcionamiento de la personalidad

6.1. Diagnóstico de varios aspectos estructurales

(No necesariamente patológicos) de la personalidad. Aquí se aprecia la inteligencia, capacidad y cualidad del contacto interpersonal, biotipo y temperamento, carácter, salud física, estilos de vida, capacidad de insight, adaptación social, laboral, económica y cultural, etc.

6.2 Diagnóstico nosológico

Aquí se plantea la ubicación del caso particular en la clasificación de afecciones psiquiátricas más utilizada, por ejemplo el DSM IV⁽¹⁵⁾.

6.3 Diagnóstico diferencial

Aquí se discute las posibilidades de alternativas diagnósticas que se podrían barajar, cuando el caso

merece dudas. La llamada Entrevista Estructural de Kernberg⁽¹⁴⁾ establece una técnica que orienta esta perspectiva diagnóstica, aportando instrumentos que operan eficientemente para la distinción clínica y dinámica de los principales trastornos de la Personalidad.

6.4 Diagnóstico etio-patogénico

Aquí se plantea la participación de los factores etiológicos: predisponentes, desencadenantes y modificantes. Los primeros se refieren a diversas condiciones patogénicas más o menos antiguas y reiteradas (traumáticas, stress, de privación, conflictivas, de sobreprotección, etc.), que hayan provocado daños y sufrimientos desde las etapas precoces del desarrollo infantil, actuando en forma prolongada o frecuente. A partir de ello surgieron episodios críticos o franca patología en el terreno de los síntomas (mentales o somáticos) o del carácter, patología que se puede haber arrastrado a través del tiempo. Cuando estos factores predisponentes son muy importantes y la patología que a ellos se conecta adquiere cronicidad, se supone que nos estamos refiriendo a un **proceso** que viene evolucionando a través del tiempo.

Los factores desencadenantes o precipitantes son condiciones patogénicas intensas, puntuales, focales, situacionales, más recientes, a partir de las cuales se desencadena una patología franca que constituye el motivo principal de consulta. Cuando la participación de estos factores es notoria, mientras los factores predisponentes son poco importantes, estamos frente a un cuadro **reactivo**.

Los factores modificantes son aquellas circunstancias que se han agregado después que ha aparecido la patología que motiva la consulta. Por ejemplo, tratamientos caseros u otros, reposo, cambios de vida, etc.

Todos estos factores patogénicos pueden haberse originado desde el plano biológico, desde el plano socio-cultural, desde el plano psicológico (psicogénesis) o desde lo ambiental exógeno. Generalmente se da una mezcla de ellos. La cuantía y la calidad de estos factores etiológicos, así como la forma en que se interrelacionan, vendrá a configurar una hipótesis patogénica, para postular un diagnóstico etio-patogénico.

6.4.1 Casos clínicos ilustrativos

Paso a citar dos casos de mi experiencia donde se destaca la importancia de efectuar un muy cuidadoso E.C.I. para configurar un completo diagnóstico, antes de proceder a una psicoterapia.

Primer caso clínico. *Una mujer de aproximadamente cuarenta años de edad, casada, inteligente, de nivel socio-económico alto, madre de varios hijos, consultó en un país vecino. Se le indicó tratamiento psicoanalítico, aconsejándola a efectuarlo en su lugar de residencia. Al consultarme, en el curso de la primera entrevista se quejó de síntomas bronquiales y presentó sibilancias inspiratorias, por lo cual le indiqué una interconsulta a un especialista en enfermedades broncopulmonares. Este la examinó y al pedir una radiografía de tórax constató la existencia de un cáncer pulmonar que la llevó a la muerte antes de seis meses.*

Segundo caso clínico. *Una mujer de sesenta años, madre de varios hijos y abuela de varios nietos, consultó con sintomatología de reacción depresiva, a consecuencia de dificultades con su marido. Hasta hacía cerca de un año habían tenido un buen matrimonio, que se complicó relativamente por haberse operado él de próstata, después de lo cual se interfirió el buen ajuste sexual que siempre habían mantenido. Pero a raíz de un reciente viaje al extranjero, él había vuelto raro. Entonces confidenció, de un modo un poco extraño, algo pueril, haberse enamorado de una mujer extranjera a quien conoció de paso en este viaje. El marido aceptó venir a un primera entrevista, en la cual confirmó su dilema sentimental, pero además tuvo ciertas manifestaciones de personalidad que me dejaron preocupado: ocupó la silla que evidentemente correspondía al entrevistador, aparecía sutilmente perplejo y al retirarse no hizo ningún ademán de cancelar la consulta. En una segunda entrevista realizada un par de días después, su contacto fué francamente extraño y se constató un claro trastorno de conciencia de tipo orgánico. Se le indicó a él y a la esposa la necesidad de consultar con otro colega, quien solicitó un scanner cerebral, comprobándose la existencia de un tumor del lóbulo frontal, del cual fué operado, falleciendo algunos meses después. Como se sabe, los tumores del lóbulo frontal pueden manifestarse inicialmente por sintomatología psiquiátrica, sin síntomas neurológicos de localización. La paciente tuvo que efectuar una completa reinterpretación de los acontecimientos ocurridos a su marido.*

6.5 Diagnóstico dinámico

Este enfoque diagnóstico pretende describir el modo de funcionar de la personalidad según lo ha

planteado el Psicoanálisis. Aquí se observa el funcionamiento de las llamadas instancias psíquicas: cómo funcionan el Yo, el Super-Yo y el Ello. Cuáles son las principales defensas y conflictos. Qué impulsos son predominantes. Cómo se estructuran los procesos normativos y la escala de valores éticos. De qué manera se da la formación de síntomas y los trastornos del carácter o de la personalidad. Cuál es la capacidad de sublimación. Cómo se ve al individuo en la perspectiva dinámica de su desarrollo a partir del nacimiento. Cómo se entiende el desarrollo del individuo en función de la constelación familiar, social y cultural. Cuál es la interacción entre los elementos innatos y los adquiridos^(1, 16/ 20).

7. CAMBIOS DE ENCUADRE

En algunas oportunidades el clínico que concluye el E.C.I. considera necesario un tratamiento donde los psicofármacos tienen un papel fundamental. Si dicho clínico fuera un Psicólogo, un Psicoanalista o un Psiquiatra dedicado al ejercicio de la psicoterapia, puede considerar la posibilidad de que el control del tratamiento farmacológico quede a cargo de otro terapeuta (independiente o funcionando como coterapeuta), con más experiencia en el empleo de medicamentos. Si el caso también requiere de psicoterapia, esta podría ser asumida por el mismo clínico que realizó el E.C.I. En caso de no tener horario disponible, el paciente debería ser derivado adecuada y oportunamente a otro psicoterapeuta.

Si en cambio se ha concluido a continuación del E.C.I. en una formulación diagnóstica y un plan de tratamiento que indica psicoterapia, y el paciente acepta esta indicación cuando además el entrevistador tiene disponibilidad de horario para recibirlo como psicoterapeuta, entonces deberá proceder a un cambio de encuadre para las entrevistas siguientes, las que serán ahora predominantemente terapéuticas. Este traslado de encuadre es delicado y de importancia para cumplir cabalmente con los requisitos de los nuevos propósitos y objetivos^(21, 22). Por eso, al efectuar la primera entrevista ya debería tener presente dicha posibilidad de cambio del encuadre. Para tal propósito el entrevistador debería ser parco en dar datos e informaciones personales, así como cuidarse de no compartir aspectos de la vida social contingente con el entrevistado, para que ello no interfiera con los requisitos del nuevo encuadre.

Si se da el caso que el entrevistador-psicoterapeuta no tuviera disponibilidad de horario, deberá hacérselo saber al entrevistado desde el comienzo, advirtiéndole que el E.C.I. será efectuado sólo para aportar un diagnóstico y una indicación de tratamiento, y que a continuación, se le podrá sugerir nombres de colegas idóneos, quienes probablemente sí tendrán disponibilidad de horario para atenderle.

Cuando el entrevistador es un Psicoanalista que dispone de horario libre para recibir al entrevistado en tratamiento psicoanalítico, debería ser especialmente cauteloso y parco en sus manifestaciones personales durante las entrevistas del E.C.I., con el objeto de no incompatibilizarse para ejercer su rol en el nuevo encuadre. Si el entrevistado acepta la indicación de hacer psicoanálisis, le dará el mínimo suficiente de instrucciones indispensables (horario, honorarios, vacaciones, reglas de abstinencia, necesidad de la asociación libre, posibilidad de tenderse en el diván, fecha de comienzo, etc.). Contestará con el “mínimo suficiente” a las preguntas que el postulante a analizando le formulare. De modo que a la sesión siguiente a la devolución, en la primera del Psicoanálisis propiamente tal, el analizando entrará a la sala, habitualmente se tenderá y luego comenzará a hablar de espaldas al analista que se ha sentado detrás de la cabecera.

El analista se colocará en “atención flotante”, “sin memoria y sin deseo”⁽²³⁾ en referencia a lo que ya sabe a partir del E.C.I. Como así mismo, en relación a lo que pudiera acontecer en la sesión. La interpretación es el instrumento privilegiado que define la función del analista. Su posición es la de quien entiende, no para juzgar, sino para tener la libertad de generar nuevas lecturas de los acontecimientos del pasado. Lo convierte en un historiador que suele alterar la historia oficial. Esta misma posición hace que el analista se omita de participar en cualquier forma de la realidad exterior a la sesión, sin opinar, aconsejar, ni actuar en los acontecimientos contingentes de la vida social externa del analizando. A menos que existieran urgencias impostergables (de la salud física, de riesgos peligrosos inminentes, etc.) que obligaran al analista a abandonar transitoriamente su posición y lo llevaran a manifestar una indicación perentoria en el ámbito contingente. Este es otro difícil cambio transitorio de encuadre, en este rayado de la cancha, donde se ha iniciado un nuevo sistema de juegos. Si el traspaso (desde el E.C.I. al de tratamiento) no se hace en forma adecuada, ello puede contribuir a que el postulante a analizando se retire, interrumpiendo el tratamiento.

Para evitarlo el entrevistador debe contar con la capacidad de detectar oportunamente los niveles de angustia en el candidato a analizando, para conseguir mantenerla mediante sus intervenciones en un nivel óptimo a los fines del análisis.

Para la preservación del encuadre analítico algunos psicoanalistas prefieren que el estudio diagnóstico inicial y la indicación de tratamiento psicoanalítico sea efectuado por un tercero, de modo que el encuentro entre analizando y analista comience efectivamente en la primera sesión de psicoanálisis propiamente tal. Yo prefiero hacer mi propia evaluación antes de iniciar el psicoanálisis⁽¹²⁾. En una oportunidad que no lo hice, fué con un paciente derivado por un Psicólogo, ex-candidato a la formación psicoanalítica, quien lo había tratado por espacio de un año. *Era un adulto joven, soltero, de buena presencia, deportivo, simpático, con sintomatología predominantemente ansiosa. Al poco tiempo de iniciar su análisis en diván, con cuatro sesiones a la semana, empezó a psicotizarse. A raíz de lo cual cambié el encuadre. Le pedí que se sentara frente a frente y disminuí la frecuencia de las sesiones a dos por semana. Con lo cual se rearmó, disminuyó la angustia y permaneció así en psicoterapia por bastante tiempo.*

Cuando el entrevistador tiene disponibilidad de horario para efectuar él mismo otros tipos de psicoterapia, individual o de grupo⁽²²⁾, el cambio de encuadre también deberá ser hecho con especial cautela y maestría para dar comienzo a tales forma de terapia.

8. CONCLUSIONES

En síntesis, en el E.C.I. la entrevista primeramente abre una relación humana, cuyo objetivo profesional es el de formular un diagnóstico, un pronóstico y un plan de tratamiento. El entrevistador define y mantiene tal encuadre, sin perder la libertad de introducir oportunamente medidas terapéuticas de urgencia cuando el caso lo requiere. Conduce la entrevista en un contacto que no pierde la gracia de la comunicación íntima durante aproximadamente una hora. Y antes de concluirla se preocupa de solicitar exámenes y otras medidas complementarias que fueren necesarias. Al término de esta primera entrevista concertará la segunda entrevista, que concluye con la “devolución”. En casos complicados y cuando el entrevistador tiene menos años de experiencia clínica el E.C.I. suele requerir más de dos entrevistas iniciales.

DAVANZO H. Early clinical interviews. **Medicina, Ribeirão Preto**, 31: 277-287, apr./june 1998.

ABSTRACT: In this review we discuss the importance of early interviews in the Initial Clinical Approach (ICA) aiming to diagnosis, prognosis and treatment plan. We review conditioning factors arising from the patient and the interviewer. We discuss the role of interview technique and of the transition from ICA to different forms of psychotherapy.

UNITERMS: Interviews. Psychotherapy.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - ETCHEGOYEN RH. La entrevista psiquiátrica. In: **Fundamentos de la técnica psicoanalítica**, Amorrortu, Buenos Aires, p. 57-91, 1986.
- 2 - DAVANZO H. Sobre la enseñanza psiquiátrica de Pre-Grado. **Rev Med Chile** 120: 816-821, 1992.
- 3 - DAVANZO H. Enseñanza y formación en psicología médica. **Rev Med Chile** 110: 1257-1261, 1972.
- 4 - BALINT M. La entrevista psiquiátrica. In: **Técnicas psicoterapéuticas en medicina**. Siglo XXI, México, cap. 14, p. 183-206, 1966.
- 5 - FROMM-REICHMANN F. La entrevista inicial. In: **Principios de psicoterapia intensiva**. Hormé, Buenos Aires, p. 65-90, 1958.
- 6 - KERNBERG OF. A psychoanalytic classification of character pathology. In: **Object relations theory and clinical psychoanalysis**. Jason Aronson, New York, p.139-160, 1976.
- 7 - STEVENSON I. The psychiatric interview. In: ARIETI S; ed. **American handbook of psychiatry**, Basic Books, New York cap. 9, p. 197-214, 1959.
- 8 - MACKINNON RA. Psychiatric interview. In: KAPLAN HI; FREEDMAN AM & SADDOCK BJ, eds. **Comprehensive textbook of psychiatry**. Williams & Wilkins, Baltimore, London, v. 1, Cap. 12, p. 895-905, 1980.
- 9 - SULLIVAN HS. **The psychiatric interview**, edited by PERRY HS y GAWELL ML. W.W Norton, New York, 1954.
- 10 - FENICHEL O. **Problems of psychoanalytic technic**. Psychoanalytic Quarterly Inc., Albany, NY, 1941.
- 11 - DAVANZO H et al. Estudiantes de post-grado como observadores en psicoterapia. **Rev Chil Neuro-Psiquiatr** 30: 313-317, 1992.
- 12 - DAVANZO H. Uma forma particular de iniciar psicanálise. **Rev Bras Psicanál** 9: 235-241, 1975.
- 13 - RUIZ R. Análisis crítico y descriptivo de fichas clínicas de pacientes tratados en un Sector del Hospital Psiquiátrico de Santiago. **Rev Chil Neuro-Psiquiatr** 21: 271-281, 1983.
- 14 - KERNBERG OF. Structural interviewing. **Psychiatr Clin North Am** 4: 169-195, 1981.
- 15 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic criteria from DSM-IV, **APA**, Washington DC, 1994.
- 16 - LIBERMAN D. Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos. **Rev Argent Psicoanal**, Buenos Aires 39: 461-483, 1972.
- 17 - BLEGER J. La entrevista psicológica. In **Temas de Psicología**, Nueva Visión, Buenos Aires, p. 7-41, 1973.
- 18 - GREENSON RR. **Técnicas y práctica del psicoanálisis**, Siglo XXI, México, p. 58-61 y 196-206, 1983.
- 19 - ROLLA EH. La entrevista psiquiátrica. In: **Elementos de psicología y psicopatología psicoanalítica**. Galena, Buenos Aires, p. 439-557, 1971.
- 20 - SANDLER J; DARE CH & HOLDER A. La alianza terapéutica. In: **El paciente y el analista**, Paidós, Buenos Aires, p. 23-30, 1973.
- 21 - DAVANZO H. Psicoterapia. Perspectiva psicoanalítica. **Rev Chil Neuro-Psiquiatr** 11: 31-35, 1972.
- 22 - DAVANZO H. Algunas diferencias entre psicoanálisis, psicoterapia de orientación analítica y psicoterapia analítica de grupo. **Rev Chil Neuro-Psiquiatr** 21: 91-100, 1983.
- 23 - BION WR. Opacidade da memória e desejo. In: **Atenção e interpretação**, Imago, Rio de Janeiro, p: 46-60, 1973.

Recebido para publicação em 07/01/98

Aprovado para publicação em 10/06/98