

ESTUDIO DEL PACIENTE EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA

Entrevista y enfoque semiológico general

Juan Carlos Ferrali

A) Introducción

En el número anterior de Hojas tratamos acerca de los fundamentos de una psicofarmacología para el equipo de salud mental. Y, también, lo relativo a la clínica, la psicopatología el diagnóstico y los modelos de estandarización vigentes en la actualidad.. Es menester tener presente que cuando nos estamos refiriendo a problemas de la salud humana siempre corresponde reconocer y tratar. El diagnóstico y la terapéutica siguen siendo los pilares del cuidado de aquellas personas que se hallan en el lugar de pacientes. Hojas señaló en su editorial de entonces que la salud mental recorrió tres etapas en su proceso histórico. Asistencia, salud pública y desarrollo humano. Todas ellas coexisten en el presente y se necesitan unas a otras para cumplir su misión.

En este punto es necesario ubicarse en el plano de la asistencia. Asistir implica relación, vínculo. Asistir implica reconocimiento de los problemas de acuerdo a criterios y de la misma manera proceder a su abordaje. Vamos pues a esa relación fundante y primera, al encuentro inicial de un llamado paciente con alguien colocado en el lugar del terapeuta. Y vamos a recorrer algunas sendas técnicas. Pero sin olvidar algo: la ciencia y la técnica no postergan al oficio. Lo decimos con esa humildad de artesanos. Y con el orgullo simple de saber que sin el talento clínico, toda otra cosa es, ciertamente, parte de la agenda mediática. La “agenda-setting”. Una cosa con la cual tenemos que empezar a lidiar. Pues tal cual se dice el agendamiento de los sujetos es ya un hecho consumado.

Pero para ello es acertado dar una lidia inteligente. Porque en el fondo, los clínicos sabemos de la milenaria imposición del poder. Pero también, llevamos en el corazón la agradable sensación que promueve la creación e invención de lo humano. Que siempre supo cuestionar, oponerse y superar al poder.

Pasemos al siguiente tema.

B) Estudio del paciente

El estudio del paciente psiquiátrico-psicológico tiene lugar, fundamentalmente, en el acontecer de la entrevista o del proceso de entrevistas. La entrevista es una herramienta técnica que permite comprender fenómenos ocurridos en el devenir del vínculo que se establece entre el terapeuta y el paciente. Durante la entrevista tiene lugar una investigación particular en la cual se procura detectar signos, que, si bien constituyen un recorte muy particular del comportamiento del paciente, poseen singular importancia. Tal investigación es la realización de la semiología psiquiátrica, que consiste en una pesquisa sistemática de signos provenientes del entrevistado y, más aún, de todo el campo que se establece durante la interacción. La semiología psiquiátrica estudia las funciones psíquicas y los hábitos y comportamientos básicos del paciente. El estudio del paciente requiere muchas veces de

una ampliación del espacio de trabajo hacia el grupo familiar. Además, existen medios complementarios de diagnóstico, como ser el informe social, los tests, los estudios de electrofisiología cerebral, el laboratorio, los exámenes a través de imágenes cerebrales, etc. Toda la información producida durante el desarrollo del trabajo de estudio del paciente debe ser volcada en un instrumento ordenador de la actividad clínica: la historia clínica. La misma tiene un triple propósito: científico-técnico, administrativo y legal.

En nuestra opinión y, de acuerdo a lo expuesto, el estudio del paciente se basa en cuatro pilares:

1. Entrevista
2. Semiología psiquiátrica
3. Medios complementarios de diagnóstico
4. Historia clínica

La observación y la escucha son los elementos fundamentales que se ponen en juego para llevar a cabo el estudio del paciente. La mirada sobre los comportamientos y actitudes que despliega el entrevistado y la atenta lectura de su discurso, permiten construir un otro discurso que intenta superar la situación de encrucijada a la cual la vida llevó al paciente y lo puso frente a su entrevistador.

El análisis del discurso es capital en la psiquiatría y constituye la mayor diferencia con respecto al resto de las disciplinas médicas y la colocan como puente entre la medicina y la psicología.

C) Entrevista psiquiátrica-psicológica

La entrevista es una reunión de dos o más personas, con un objetivo determinado. En nuestro caso, el objetivo es el estudio de uno de los integrantes, el entrevistado o supuesto paciente, con el fin de arribar a un diagnóstico que, a su vez, constituya el primer paso de un adecuado tratamiento. Hablamos, entonces de entrevista psiquiátrica-psicológica, donde el objetivo es clínico.

Podemos referirnos, de manera muy sucinta, a dos modelos de entrevista, atendiendo nuestra concepción de este quehacer:

1. Entrevista clínica basada en el vínculo
2. Entrevista estandarizada, específica, orientada a la recolección sistemática de datos

Es verdad que el trabajo centrado en la línea del vínculo puede articularse con algún espacio estructurado y esto ya lo veremos. De hecho podríamos considerar una posibilidad de entrevista de carácter intermedio. Pero es el eje de trabajo aquello que define la cuestión. La entrevista basada en el vínculo es un método de pesquisa peculiar, cuyo desarrollo está ligado a los conocimientos de los fenómenos psicodinámicos y de interacción humana. Comenzaremos entonces por este modelo, que llamamos entrevista clínica basada en el vínculo.

No hacemos distinción entre entrevista psiquiátrica y entrevista psicológica. ¿Porqué?. Tanto la psiquiatría, según nosotros la concebimos, como la psicología clínica actual, también de acuerdo con nuestro punto de vista, utilizan este instrumento con una técnica básica similar. No nos estamos refiriendo, por supuesto, a la entrevista psicoanalítica, si bien muchos de los elementos teóricos que empleamos provienen del campo psicodinámico.

Las personas que participan de la entrevista lo hacen con diferentes roles, como son el de entrevistador y el de entrevistado. Dichos roles se juegan en un campo de interacción, donde juegan fuerzas diversas. El campo de la entrevista está limitado por el encuadre y por el contexto.

Llamamos encuadre al conjunto de variables fijas que enmarcan el campo de la entrevista. Variables fijas son el horario, en cuanto a inicio, duración y finalización. Asimismo cuentan las propiedades del rol y los derechos y deberes ligados al mismo. También debe ser considerado el lugar de encuentro. Tiempo, rol y espacio son tres variables decisivas del encuadre.

El contexto está constituido por todas las variables que circundan el campo de la entrevista, tanto aquellas que pueden ser fijadas de antemano, como las que se encuentran fuera de la posibilidad regulatoria del investigador. Todas las variables socioambientales, incluido el vecindario inmediato, así como los hechos sociales, políticos y económicos, la meteorología, etc., componen el contexto de la entrevista.

El encuadre es fijado por el investigador, para permitir una adecuada lectura de los cambios y modificaciones que acontecen durante el desarrollo del proceso de entrevistas. El contexto es un marco inevitable que influye, más allá de la posibilidad de control, en la relación entrevistador-entrevistado.

Un fenómeno de capital importancia ocurre durante la entrevista: es la transferencia. Este concepto proviene del territorio del psicoanálisis. Nosotros lo hemos de utilizar con un criterio restringido. Vamos a definir la transferencia como el fenómeno por el cual el entrevistado se comporta, en virtud de cuestiones complejas, aquí y ahora conmigo en tanto presencia significativa, tal como ocurrió, allá y entonces, con los otros significativos. La transferencia es una relación de evocación y asignación de significados, por obra de la cual el paciente adopta con su terapeuta modos comportamentales que adquirió en su infancia temprana, a través de la relación con los adultos significativos, y mantuvo durante su vida, en circunstancias análogas a las evocadas por la situación de entrevista. Nos vamos a limitar a esa definición de transferencia. Podemos ser más sucintos aún, definiéndola como los fenómenos afectivos que despierta el entrevistador en el entrevistado, evocativos de las experiencias infantiles tempranas de este último. Fenómenos afectivos básicos, motivadores de conductas consecuentes.

La contratransferencia está conformada por los fenómenos afectivos que el paciente despierta en el entrevistador, en razón de su comportamiento transferencial. Basta con esta simple definición. No obstante, debemos tener presente que, en estas vivencias están implicadas todas las circunstancias históricas y presentes del terapeuta. Es fundamental comprender tanto transferencia, como contratransferencia. Esto tiene un enorme valor diagnóstico. El miedo que suscita un paciente paranoide, la seducción que ejerce una persona histérica, el aburrimiento que puede provocar un obsesivo, son, entre tantas, alguna de las alternativas que pueden presentarse al entrevistador y que este debe estar capacitado para develar mediante el proceso de interpretación. Transferencia y contratransferencia deben ser comprendidas adecuadamente e interpretadas dentro del pertinente encuadre.

La enorme emocionalidad que se pone en juego durante el trabajo realizado dentro del campo de la salud, en general, y de la salud mental, en particular, obligan a un entrenamiento que permita comprender los dinamismos que la promueven. De lo contrario el terapeuta podría correr el riesgo de actuar la contratransferencia, en lugar de comprenderla como un ingrediente más del proceso diagnóstico.

Un elemento fundamental a tener en cuenta, es el nivel de angustia detectable en el paciente, particularmente, y en todo el ámbito de la entrevista, de manera general, incluido el propio entrevistador.

Cuando Enrique Pichon Rivière hizo conocer su esquema de las tres áreas de la conducta, permitió describir en forma sencilla y clara las diferencias entre ansiedad, angustia y miedo. La conducta posee unidad y pluralidad fenoménica y las tres áreas son representadas como tres círculos concéntricos, denominadas de adentro hacia afuera 1, 2 y 3, correspondiendo a los fenómenos mentales, corporales y de actuación en el mundo exterior, respectivamente. La conducta de un organismo tiene lugar en un campo y tiende a mantener estabilizados organismo y campo. Cuando el acontecer determina la desorganización, aparece tensión en el campo y en el organismo. El correlato subjetivo de la tensión puede ser denominado:

- Ansiedad, cuando es experimentada, en forma predominante, en área 1.
- Angustia, cuando ello ocurre en área 2, del cuerpo.
- Miedo, en área 3, cuándo es referida a algún objeto o situación, que ha adquirido para el sujeto el carácter de señal de peligro.

Ansiedad, angustia y miedo son pues términos que designan cualidades particulares de la vivencia de tensión de un organismo, provocada por su desestabilización. Esta distinción tiene un valor semiológico y descriptivo, si bien debe tenerse presente que, en general, nos estamos refiriendo a una misma problemática.

El nivel de angustia durante la entrevista debe mantenerse dentro de parámetros que no interfieran en su finalidad. En efecto, magnitudes excesivas pueden bloquear el curso de la actividad e influir negativamente. El terapeuta debe intervenir cuando sea necesario, para permitir la adecuada realización de los objetivos. Pero debe abstenerse de hacerlo fuera de esos motivos, para permitir que el campo global de la entrevista se configure, en la mayor medida posible, con los elementos aportados por el paciente.

Es indudable que el desempeño de la función terapéutica obliga al entrevistador a desempeñarse con una disociación operativa, que le permita actuar con un “yo participante”, mientras mantiene una adecuada función de “yo observador”.

El carácter de la entrevista puede ser diverso. Se habla de entrevistas libres o abiertas, entrevistas dirigidas o cerradas y entrevistas semidirigidas. En la entrevista libre el entrevistador asume un papel neutro, absteniéndose de intervenir, posibilitando la generación de una estructura dependiente del paciente. La entrevista dirigida, por el contrario, constituye un interrogatorio o anamnesis cerrada, que se limita a recoger datos previamente establecidos y sistematizados.

La entrevista semidirigida suele ser la más difundida en los ambientes institucionales y en las prácticas corrientes en la actualidad. Transcurre en dos tiempos: el inicial, abierto y el tardío, dirigido. Permite la producción de datos que reflejen lo más fielmente posible el mundo interno del paciente, por una parte, y de otros que respondan a procesos de búsqueda sistemática, una vez elaborada la hipótesis inicial de manera libre y desprejuiciada.

En síntesis podríamos referirnos a una entrevista corriente de nuestro tiempo, transcurriendo en cuatro etapas:

1. Apertura. Debe ser breve, respetuosa y austera. Se trata de una simple recepción y explicitación del encuadre de trabajo.

2. Desarrollo libre. Permitirá poner en evidencia los elementos provenientes del mundo interno del paciente, quien expondrá los motivos de su consulta y hablará de su actualidad y de sí mismo.
3. Desarrollo dirigido. Luego de la primera parte el terapeuta contará con algunas hipótesis provisorias que orientarán hacia la búsqueda de otros datos precisos, para arribar a un diagnóstico tentativo.
4. Cierre. Con las conclusiones, por más reducidas que sean, y las recomendaciones y prescripciones pertinentes. En muchas ocasiones se limitará a proponer un plan de entrevistas para profundizar estudio. En otros casos será posible o, más aún, necesario o imprescindible, tomar medidas inmediatas, por la naturaleza del problema o la singularidad de la situación

¿Qué objetivos mueven a intervenir al entrevistador y cuál es el carácter de las intervenciones?. Por ejemplo el manejo de las transiciones en las diferentes etapas de la entrevista, así como la conducción del desarrollo dirigido. Otro ejemplo, en ocasiones el nivel de angustia puede ser excesivo y dificultar el proceso, por lo cual el mantenimiento en niveles operativos es un objetivo clave. Las intervenciones pueden ser directivas, de apoyo o de esclarecimiento según corresponda. La prescripción es, por ejemplo, una intervención directiva. El apoyo se hace necesario en situaciones donde es menester actuar conteniendo. El esclarecimiento ha de ser utilizado con suma prudencia, a lo sumo a través de señalamientos, puesto que las construcciones interpretativas se deben reservar para momentos absolutamente necesarios.

La entrevista o el proceso de entrevistas debe concluir con la devolución. Consiste en proporcionar al paciente el servicio que nos ha solicitado, vale decir una respuesta terapéutica confiable y válida para la cuestión que ha movido su consulta.

Vamos a resumir, a continuación, los puntos que deben tenerse en cuenta en una entrevista clínica basada en el vínculo:

1. Campo
2. Roles
3. Encuadre
4. Contexto
5. Transferencia y contratransferencia
6. Nivel de angustia
7. Disociación operativa
8. Carácter
9. Etapas
10. Intervenciones
11. Devolución

Pasemos ahora a examinar algo concerniente a la entrevista estandarizada. Las hay de muchos tipos. No es nuestro objetivo estudiarlas en detalle. Solamente vamos a mencionar las más difundidas, exponiendo sus características salientes.

El PSE, Examen del Estado Actual, es una entrevista clínica desarrollada en Inglaterra, mas precisamente en el Hospital Maudsley. Es semiestructurada y estudia síntomas y actividades del mes que precede a la fecha de la entrevista. Permite, pues, al entrevistador la realización de algunas preguntas propias, articulándolas con las preguntas fijas, para la detección positiva de síntomas.

La Entrevista para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría, SCAN, se puede utilizar en investigación y práctica clínica. Para operarla se requiere un clínico, psiquiatra o psicólogo. Insume entre una hora y una hora y media. Evalúa el estado actual, los antecedentes y el diagnóstico clínico y contiene, entre sus componentes, el PSE.

La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, CIDI, se utiliza en relevamientos epidemiológicos y puede ser utilizada por entrevistadores legos.

Por último, hemos de mencionar, a la Entrevista Internacional para Trastornos de la Personalidad, IPDE, utilizada tanto en investigación como en clínica y que debe ser operada por clínicos, psicólogos o psiquiatras. Contiene un total de 152 ítems, organizados en 6 tópicos:

- Trabajo
- Yo
- Relaciones interpersonales
- Afectividad
- Prueba de realidad
- Control de impulsos

Todas estas entrevistas estandarizadas están adaptadas para su procesamiento computarizado y compatibilizadas con los SDO en uso (DSM IV y CIE-10).

D) Semiología Psiquiátrica

Durante la entrevista tiene lugar la exploración del paciente. La exploración se compone de dos partes

- Observación del comportamiento
- Escucha del discurso

La exploración se produce en dos tiempos. El primero ocurre durante la entrevista y permite la recolección de datos. El segundo es posterior y consiste en el análisis de los datos y su posterior elaboración.

La psiquiatría construyó, a lo largo de su desarrollo, un modelo de exploración basado en el método de la medicina clínica. Con críticas y evoluciones el sistema ha ido sobreviviendo hasta nuestros días. El psicoanálisis enriqueció esa visión clásica con un aporte capital: la escucha del discurso. Durante el siglo XX se fue configurando una modalidad de abordaje clínico dinámico, que, según dijimos, efectúa la exploración en dos tiempos:

1. Inmediato, durante la entrevista
2. Mediato, a posteriori. De análisis y elaboración, que puede ser:
 - De autoanálisis, por parte del entrevistador
 - De análisis supervisado, con otro profesional que contribuye a examinar el campo a distancia

En todo caso, la semiología psiquiátrica ha desarrollado un sistema de estructuración de la exploración, basado en el estudio de las funciones psíquicas, desde una visión tradicional, que, si bien puede ser admitida con reparos, ha evidenciado constituir una forma eficiente de representar determinados aspectos de la persona. Por otra parte, la semiología ha indagado en los hábitos y comportamientos del individuo, procurando hacerlo de forma sistemática.

Nosotros vamos a plantear la semiología psiquiátrica como el estudio sistemático y pautado de las funciones psíquicas del paciente, por un lado, y de sus hábitos y comportamientos básicos de vida, por el otro, fruto de la exploración efectuada por el profesional a través de la entrevista o del proceso de entrevistas.

La semiología psiquiátrica es parte del estudio semiológico del paciente. Es un recorte válido de una realidad más amplia que permite una representación de ciertas facetas de la clínica. El avance de los conocimientos neurocientíficos determinarán, en el futuro inmediato, una progresiva integración con los datos que provee la exploración neurológica que permita formular prácticas sistemáticas tendientes hacia una evaluación neuropsiquiátrica o neuropsicológica.

Pasemos a ver, a continuación un esquema general de la semiología psiquiátrica, a grandes rasgos, para pasar luego al estudio de cada uno de los títulos que componen el esquema:

Esquema de la semiología psiquiátrica

A. Descripción general del paciente y de su comportamiento durante el estudio

B. Examen de las funciones psíquicas

Funciones intelectuales

Atención

Memoria

Sensopercepción

Conciencia y orientación

Pensamiento y lenguaje

Juicio

Imaginación

Inteligencia

Afectividad

Humor o tono basal

Angustia

Sentimientos

Volición y actividad

Acción implícita

Acción explícita

C. Hábitos y comportamientos personales

- ***Conducta alimentaria***
- ***Sueño***
- ***Sexualidad***
- ***Relación con sustancias (tabaco, alcohol y drogas)***
- ***Funcionamiento excrementicio***
- ***Agresividad***
- ***Corporalidad***

Descripción general del paciente y de su comportamiento durante el estudio

Esta introducción al examen de las funciones psíquicas resume algunas claves que permiten caracterizar a la persona que tenemos frente a nosotros en una primera y rápida impresión.

Hablaremos del aspecto, la actitud y el comportamiento. Dentro del aspecto nos hemos de referir a la vestimenta, el cuidado personal, el orden, el porte y la fisonomía. La psiquiatría clásica tiene una palabra que sintetiza la visión del aspecto, tal vez centrándolo en aquello que hemos denominado porte. Es la prosopografía del paciente.

La actitud puede ser representada en dos variables: actividad y colaboración. De manera tal que tendremos pacientes activos o pasivos, por una parte, colaboradores o no colaboradores, por la otra, con el consiguiente menú de composiciones. Repárese que, en el caso de los pacientes no colaboradores, se puede precisar la tipificación. Se hablará, entonces, de reticencia, por ejemplo, o de negativismo y, aún, de oposicionismo.

Un paciente activo, puede serlo, conjuntamente con una actitud colaboradora, en el caso de un neurótico, resultando una síntesis positiva para el desarrollo de la tarea. Pero en ocasiones el paciente puede ser hiperactivo, por ejemplo un maníaco, y seguramente en este caso la actividad excesiva e improductiva, redundará en una falta de colaboración o en una pseudocolaboración, que a la postre resultan en lo mismo.

El comportamiento del paciente durante la entrevista puede ser descripto de múltiples maneras. Desenvuelto, retraído, pertinente, distante, hostil, etc.etc.

Reiterando, se trata de expresar en algunas líneas la primera impresión, el pantallazo, que el contacto inicial con el paciente sugieren en el entrevistador, a través del triple enfoque descriptivo de:

- Aspecto
- Actitud
- Comportamiento

E) Conclusión

Creemos que esta conclusión es una consideración repetible en cada uno de los aportes que tratamos de efectuar al conocimiento de la materia en la cual nos desenvolvemos. Si es redundante, mejor. Conviene redundar en aquello que consideramos los fundamentos. Pues los fundamentos son los que marcan el rumbo que se sigue al recorrer un camino.

Hemos llegado hasta aquí, hasta la primera impresión clínica. Nos queda adentrarnos un poco más hacia el examen de cada una de las funciones psicológicas.

Nuestra propuesta es muy simple. Sin un diagnóstico adecuado, cualquier terapéutica es una imprudente aventura. La sana crítica es necesaria cuando se arriba a estos territorios. No es cuestión de caer prisioneros de la “agenda-setting”. Pero tampoco en ignorar avances y progresos que no solo han alargado la vida humana. Le han otorgado mayor calidad.

Claro, hay una pequeña cosa, poder conseguir que esto llegue a todas las personas. Distribución y equidad no son palabras simplemente. Constituyen el meollo de la lucha transformadora sin la cual la civilización se hace imposible, según nuestro punto de vista. Una cuestión más allá de ciencia y técnica. Pero que nos involucra fuertemente. Una cuestión moral.

Bibliografía:

1. Bernard P, Trouvé S. Semiología Psiquiátrica. Toray-Masson. Barcelona 1978
2. Bleger J. Temas de Psicología. Paidós. 1978
3. Pull CB, Guelfi JD, Pull MC. Criterios diagnósticos en psiquiatría. En EMC. Elsevier. París. 1995
4. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Masson. Barcelona. 2002
5. Othmer E., Othmer S.C. La entrevista clínica: fundamentos. Masson. Barcelona. 2003
6. Vallejo Nágera A. Tratado de Psiquiatría. Salvat. Barcelona. 1954
7. Strauss G. Entrevista psiquiátrica, anamnesis y examen del estado mental. En Kaplan y Sadock. Tratado de Psiquiatría. Inter.-Médica. Buenos Aires. 1997
8. McCombs, Maxwell e Issa Luna Pla (eds.). Agenda-setting de los medios de comunicación, Universidad Iberoamericana/Universidad de Occidente, México, 2003.