

Ante la solicitud de consejo, exploramos por qué es tan urgente decidir hoy mismo si deben divorciarse, elegir carrera, pareja, etc. De la exploración surgen, generalmente elementos que permiten tanto entender la premura de la demanda, como resolverla tomando en consideración los recursos, necesidades y limitaciones del paciente en el momento de la entrevista. No pretendo haber agotado, con la exposición anterior la reseña de las posibles resistencias y dificultades técnicas que se presentan en el manejo de la entrevista con orientación psicodinámica, aunque considero que, tratándose de las más frecuentes y habituales, el conocimiento de su existencia, y la propuesta de algunos recursos para superarlas, ayudarán al principiante a enfrentar con menor angustia el primer encuentro con su entrevistado.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz Portillo, I. (1986): "La terapia individual en el conflicto matrimonial." Trabajo presentado en el Congreso L Aniversario de la Soc. Mex. de Neurol. y Psiq. Morelia, Mich.
- Greenson, R. R. (1967): *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI. Editores. 4a. edición. 1980.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1971): *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor.
- Mac Kinnon, R. A. and Michels, R. (1971): *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. Filadelfia: W.B. Saunders Co.
- Moore, B. E., and Fine, B. D. (1968): *A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts*. Nueva York. The Amer. Psychoanal. Ass.

Capítulo V

EL INICIO DE LA ENTREVISTA

El inicio de la entrevista es el primer contacto formal, cara a cara, entre entrevistado y entrevistador. Encuentro precedido frecuentemente por concertación de citas telefónicas, epistolares o telegáficas, que constituyen en su caso, el inicio de una relación que debido a la imposibilidad de corregir de inmediato las fantasías generadas por el contacto a distancia, se desenvuelve en los terrenos del inconsciente signando, durante un tiempo más o menos prolongado, la interacción entre los participantes en el proceso en curso. Duración que depende, tanto del buen funcionamiento del juicio de realidad del entrevistado que permite la rápida rectificación de sus distorsiones perceptuales y conceptuales, como de la habilidad con la que el entrevistador se enfrente a ellas.

El futuro entrevistado utiliza los aspectos reales de su primer contacto con nosotros, para construir una fantasía sobre el encuentro que tendrá lugar próximamente. Fantasía siempre anclada en sus deseos y temores inconscientes, pero no necesariamente explicitada en los inicios de la incipiente relación. Algunos pacientes deducirán, del sitio en que se ubica el consultorio, datos sobre la situación socio-económica del entrevistador. Mientras para algunos, el consultorio situado en un barrio residencial de la clase alta constituye una promesa de las riquezas que el poderoso padre—entrevistador—terapeuta le transmitirá, si se comporta como un buen niño; para otros este mismo hecho constituirá el signo inequívoco de tenerse que enfrentar a un comerciante desalmado, que tratará de esquilmarlo, explotarlo y usarlo al menor descuido.

Lo mismo puede decirse de las fantasías que despierta nuestra voz. Para el paciente necesitado y deseoso de un terapeuta con características de una madre cálida, aceptante y generosa, aun la más enronquecida voz de fumador, sonará cual suave arrullo. En cambio, para quien lleno de culpa y necesidad de castigo espera y por su propia problemática necesita, críticas, acusaciones y rechazos, el más pulido y cortés mensaje grabado en una contestadora telefónica, es muestra de frialdad, desinterés o indiferencia. Los pacientes con buen contacto con la realidad corrigen rápidamente sus distorsiones previas una vez que entablan una relación cara a cara con el entrevistador, comunicando en no escasas ocasiones, en tono jocoso, haber pensado después de su inicial llamado telefónico, que el o la entrevistadora era un anciano, persona muy circunspecta, excesivamente joven e inexperta, etc. La imposibilidad de llevar a cabo tal rectificación es uno de los signos indicativos de severo alejamiento de la realidad y por tanto de la existencia de psicosis, situación que trataremos en el capítulo X. Cuando tenemos la fortuna de llegar en la primera entrevista con un paciente dado, al conocimiento de estas distorsiones y las fantasías acompañantes, se abre ante nosotros un rico campo de la exploración, el de la primera deformación transfrerencial que facilita el acceso inmediato a una de las relaciones objetales significativas del sujeto, bien sea la más temida, bien la más necesitada, que surge a la conciencia como protección ante encuentros deseados, pero peligrosos. El entrevistador debe abordar tal material, por molesto que pueda parecerle inicialmente, como cualquier otra comunicación del entrevistado, explorando su posible significado.

Una joven terapeuta, recibió a un hombre 4 años menor que ella, poseedor de una amplia información psicológica y buen nivel cultural que en un momento de la entrevista, después de un silencio, indicativo de considerar terminada una revisión panorámica tanto de su vida como de su padecimiento actual, comentó que el nombre de la entrevistadora le "sonaba como el de una cocinera gorda". Ésta, molesta por la adjudicación de tal rol y características físicas, no encontró mejor actitud que pasar por alto la observación que le pareció agresiva y descortés, atribuyéndola a la hostilidad del paciente hacia la mujer, dada su condición manifiestamente homosexual. Después de descargar su molestia en una supervisión, pudo invitársele a explorar con el paciente el porqué de la inhabitual figura con que la había investido, preguntándole a quién le recordaba una cocinera gorda. Surgió así

al relato, la imagen de una abuela española obesa, buena cocinera, que expresaba su afecto a los nietos en general y al paciente en particular, rodeándolos con sus suculentos brazos y platillos, lo que hacía de ella una figura cálida, acogedora y presente afectivamente aunque, como lo había percibido la entrevistadora, intelectualmente devaluada, situación que permitió mostrar desde el inicio del tratamiento, la defensa del paciente frente a sus necesidades afectivas a través de refugiarse en actividades y relaciones intelectuales. Comprensión que no se hubiera logrado, de persistir la escotomización de la imagen transferida a la entrevistadora aun antes de la primera entrevista. En otras ocasiones, no sólo la percepción sino la interpretación que dan los entrevistados a datos captados a la distancia en el entrevistador, resultan totalmente acertados, situación que de no constituir un juicio favorable para él, despierta frecuentemente, las diversas actitudes defensivas que encontramos en el capítulo correspondiente al entrevistador.

Una inquietud común en el principiante en las tareas clínicas, es el retener en la memoria los datos que aporta el entrevistado, con la finalidad de rendir el informe que sus maestros o jefes exigen de él. En sus *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*, Freud (1913), se declaró contrario a la toma de notas en el curso de las sesiones, por considerarla una labor distractora de la actividad necesaria para mantener la "atención flotante" y la capacidad interpretativa del analista, además de constituir un procedimiento forzosa y necesariamente selectivo, y por tanto, tan sujeto a distorsiones como la reconstrucción a posteriori de las sesiones psicoanalíticas. A partir del señalamiento freudiano, las opiniones se multiplican y dividen. Mac Kinnon (1971), considera que el entrevistador que toma notas evita la comunicación afectiva, en la misma forma en la que evita el contacto emocional el obsesivo que se refugia en los escritos que presenta a su interlocutor. Wolberg (1967) se adhiere a la corriente que encuentra útil, cómodo y nada criticable el liberar a la memoria y atención del trabajo que implica retener lo dicho por el entrevistado a través del registro de los datos en el curso mismo de la sesión y Menninger (1962), en su *Manual para el estudio de casos psiquiátricos*, es definitivo al expresar que: "se han dicho muchas insensateces con respecto a tomar notas...muy pocos pacientes se resisten a tal procedimiento después de los primeros minutos de entrevista, llegando incluso a impresionarse favorablemente al

percibirse de que, el interés del entrevistador, lo lleva a consignar por escrito lo que dicen...". Podemos concluir, por tanto, que en este caso como en lo referente a la actitud del entrevistador, arreglo del consultorio, etc., las indicaciones existentes obedecen a las preferencias personales, conceptualizadas técnicamente, y que, por tanto, son un apoyo valioso para quienes comparten tales predilecciones y justificaciones, pero constituyen un artificio que resta espontaneidad para todos aquellos que poseen caracteres diferentes y se adhieren a distintos presupuestos teóricos. El entrevistador que rehuye el contacto afectivo, será incapaz de acercarse a sus interlocutores por el simple expediente de omitir tomar notas. Más aún, es predecible que se verá forzado a recurrir a otros diseños defensivos, más perturbadores del establecimiento de una buena relación de trabajo, como puede ser el adoptar una pose seudoanalítica o falsamente cordial o afectuosa, si se siente constreñido a adherirse a la norma de mantener su "atención flotante" sin interferencias. Cuando la compulsión a anotar cuanto el paciente dice, corresponde a la angustia frente a las diversas figuras de autoridad que demandan un reporte de la entrevista: jefes, maestros, supervisores, etc., la pretensión de manejar la entrevista sin escribir durante ella, constituye una sobrecarga que limita, en vez de favorecer, la posibilidad de mantener la atención flotante y la capacidad interpretativa. Cuando las condiciones laborales demandan la realización de muchas entrevistas sucesivas, sin tiempo para reconstruirlas, es necesario elegir entre la adhesión a la norma ideal recomendada, y el sacrificio del descanso y la recreación tan necesarios para la salud mental de quien se enfrenta diariamente con conflictos psíquicos que resuenan en y perturban, el propio equilibrio emocional.

Iniciamos la entrevista saludando al paciente y presentándonos ante él esperando que, como es lógico en todo contacto social del cual la entrevista aún no ha comenzado a deslindarse, corresponda a nuestra iniciativa saludando y presentándose a su vez, si no lo hemos llamado por su nombre tomado del expediente correspondiente. La omisión de las presentaciones favorece la emergencia de confusión en el paciente con núcleos psicóticos importantes, lo que constituye una situación indeseable como inicio de la entrevista aunque permita, por supuesto, arribar a conclusiones válidas sobre la incapacidad del paciente para enfrentarse a circunstancias en las que pierde el control y se desorganiza. Constituye, a pesar de las justificaciones teóricas al respecto, una perturbación iatrogénica innecesaria, ya que en el

curso de una entrevista no directiva, la emergencia de temas cargados afectivamente permitirá la observación de esta misma condición espontáneamente surgida. Muy distinto es el caso del paciente inicialmente confuso, debido a su condición patológica, que abordaremos en el capítulo correspondiente a la entrevista con psicóticos, en quien observamos, sin provocar la perturbación ya existente. El entrevistado neurótico no se desorganiza por la ausencia de presentaciones, pero interpreta, siguiendo su educación o conflictiva existente, la omisión como falta de educación, desinterés, rechazo o realización de una labor burocrática, en la que el interés del entrevistador se centra en "el caso", "el conejillo de indias" o en llenar un expediente, más no en su persona. Interpretaciones que, como es lógico suponer, despiertan resistencias iniciales a entablar una relación de trabajo. Desde el momento en que establecemos contacto visual con el entrevistado observamos la dirección de su atención: hacia nosotros, hacia el lugar de la entrevista, hacia el vacío, hacia un punto específico, cuya observación consume todo su interés. Observación que nos permite inferir el deseo o temor de relacionarse con nosotros, la apatía hacia el mundo circundante y la existencia presuntiva de alucinaciones. La falta de respuesta a nuestro saludo y presentación indican igualmente, un trastorno de la atención que será necesario determinar si corresponde a perturbaciones sensoperceptuales (sordera), a distractibilidad maniaca, a condiciones orgánicas o alucinatorias. Mientras el entrevistado penetra al consultorio observamos su marcha y, como seguiremos haciéndolo en el curso de la entrevista, detalles de su actitud, expresión facial, constitución, integridad corporal, conducta e indumentaria.

El paciente con buen contacto con la realidad se conduce habitualmente en la forma convencional prescrita socialmente para su edad, sexo y circunstancias. Así, por ejemplo, una mujer puede esperar a que se le ceda el paso, un hombre permanecer de pie ante una entrevistadora que aún no toma asiento y un adolescente tirarse, de cualquier manera, en el asiento que le parece más cómodo. En la mano que se nos extiende, a manera de saludo, podemos percibir la sudoración y el temblor de la angustia, el frío del temor, la incapacidad de desprenderse del depresivo y el dependiente, la falta de calor humano del obsesivo, la fuerza del deportista o de quien necesita reafirmar una seguridad tambaleante, etc. Los pacientes muy perturbados con angustia severa, como los esquizofrénicos y algunos orgánicos, comienzan frecuentemente, a

hablar desde la sala de espera, haciendo abstracción de la presencia de otras personas. Desconexión de la realidad que Tarachow (1963) encuentra relacionada muy frecuentemente con la existencia de situaciones delirantes, en las que los pacientes creen que sus pensamientos son conocidos por todo el mundo, por lo que la falta de privacidad los deja impertérritos. Esta sensación de transparencia del pensamiento, constituye una repetición de la situación infantil, en la que los padres jugando a ser dioses, decían al niño que podían leer sus pensamientos. Existe tal condición o trátese simplemente de una severa retracción de la atención hacia el mundo interno, algunos pacientes son incapaces de percibirse de dónde termina la sala de espera y de la apertura o cierre de las puertas del consultorio.

La existencia de anomalías en la marcha es un hecho de observación que requerirá de exploración propositiva, en algún momento de la entrevista, si el paciente no hace espontáneamente, referencia a ella. Los trabajadores de la salud mental provenientes del campo de la medicina, han sido entrenados para reconocer diversas deambulaciones patológicas a simple vista. A pesar de lo cual el interrogatorio siempre es necesario. Pacientes histéricos y con variados síndromes neurológicos: traumáticos, vasculares, tumorales, etc., presentan alteraciones en la marcha cuya causa es el padecimiento que motiva la consulta, por lo que su investigación surge desde los primeros momentos de la entrevista. En otros casos, padecimientos originados en diversas partes del organismo, igualmente evidentes a simple vista, provocan a la postura, perturbaciones psicológicas que desencadenan o complican los conflictos psíquicos ya existentes. Así tenemos que las secuelas poliomielíticas, los defectos corporales obvios (enanismo, prognatismo, estrabismo, cifosis, escoliosis, cicatrices, tumoraciones, falta o malformación de algún segmento corporal o de los órganos de los sentidos, etc.), constituyen severas agresiones a la imagen corporal y autoestima del individuo, colocándolo en no pocas ocasiones, en condiciones de crítica, discriminación, rechazo, etc., todo lo cual puede desembocar en resentimiento, envidia, sentimientos de inferioridad o actitudes de reto autoafirmativo compensatorio, que a su vez llevan a perturbaciones en las relaciones interpersonales y a desadaptaciones sociales, laborales e incluso sexuales. En otros casos el conflicto psíquico produce modificaciones somáticas evidentes, como son las alteraciones de piel, (dermatitis, vitíligo), cuero cabelludo (alopecia areata, tricotilomanía),

parálisis facial, etc. La edad aparente del entrevistado es otro dato de observación importante. Algunas personalidades inmaduras y esquizofrénicos parecen más jóvenes de lo que indica su edad cronológica, mientras los deprimidos y esquizofrénicos con deterioro representan mayor edad que la real, al igual que los pacientes con síndromes psicóticos consecutivos a enfermedad de Alzheimer, en los que el diagnóstico requiere de una cuidadosa investigación física y de exámenes de laboratorio.

La actitud del entrevistado, constituida por la postura corporal, porte, ademanes, gestos y expresión facial, proporciona indicios sobre su estado mental y su disposición frente al entrevistador y la entrevista, que es necesario contrastar con el contenido de sus comunicaciones. Es difícil creer que el paciente se sienta muy a gusto frente a nosotros si entró al consultorio pegado a la pared, como protegiéndose de un ataque, salta en su asiento cada vez que le dirigimos la palabra y permanece tensamente asido a los brazos del sillón, en cuyo borde se apoya, mientras lanza furtivas miradas a la puerta, dispuesto aparentemente, a huir en cuanto la ocasión lo propicie. Tal contradicción, que señalaremos si la desconfianza expresada corporalmente interfiere con el desarrollo de la entrevista o no cede en el curso de la misma, nos llevará a explorar en el momento adecuado, tanto la posible existencia de otras manifestaciones de disociación ideo-afectiva, de represión o negación de emociones, como los temores despertados por la entrevista. No señalar inicialmente la contradicción entre actitud y discurso tiene la finalidad de evitar tanto el aumento de la resistencia a la exploración, que podría presentarse por la irrupción brusca sobre la defensa disociativa, como la desaparición del indicador corporal de la existencia, intensificación o disminución de la angustia en el curso de la entrevista. En cambio, si el paciente inicia su comunicación hacia nosotros partícipes de los temores expresados a través de su actitud, nos encontramos ante una persona sin disociaciones, que permite el abordaje y frecuentemente, la rápida disminución de la angustia en la relación con el entrevistador a través de la exploración del temor manifiesto.

Siendo nuestro cuerpo el asiento, lugar de origen y medio de expresión de las emociones, su relación total con el espacio y la disposición que guardan entre sí sus partes componentes, constituyen signos más confiables que la palabra para inferir el estado afectivo del sujeto. Así observamos que el deprimido camina lentamente; mantiene los hombros, las comisuras bucales, los párpados

y la voz bajos, como expresión de la tristeza predominante que abate a la personalidad entera. Mientras la rabia reprimida puede llevar a una continua preparación al ataque que produce la actitud provocativa, altanera, orgullosa en la que, cuerpo y voz se ponen al servicio de intimidar a los posibles contrincantes. Y la existencia de intensas y numerosas disociaciones lleva en el esquizofrénico a la falta de coordinación entre sus diferentes segmentos corporales, que se expresa a través de posturas, gesticulaciones y expresiones faciales bizarras, desconectadas entre sí y del contenido del discurso. Actitudes totalmente diferentes a las del obsesivo tan controlado y rígido en sus afectos como en su postura y movimientos corporales. En cuanto a la constitución física, es importante considerar más que la determinación del biotipo, cada vez más en desuso, el estado nutricional del entrevistado. El enfaquecimiento extremo y la obesidad son acompañantes frecuentes de la enfermedad mental. Pacientes deprimidos de larga data, psicóticos con delirios de envenenamiento y otros trastornos de la alimentación consecutivos a su regresión oral y pacientes anoréxicos, pueden llegar a grados de desnutrición tan severos que requieran de atención médica inmediata. Pero también es necesario recordar que, algunas avitaminosis como la pelagra presentan igualmente, severa desnutrición y perturbaciones mentales.

Asimismo, la obesidad cuya etiología varía de la presencia de trastornos hormonales a la adopción de una capa de grasa como defensa contra o sustituto del contacto corporal, debe diferenciarse de la presencia de síndromes orgánicos que cursan con trastornos mentales y aumento de peso considerable. En el inicio de la entrevista, como en todo el curso de la misma, el entrevistador debe estar alerta al surgimiento de los afectos acompañantes del discurso, que serán motivo de investigación cuidadosa. Para el estudio del paciente resulta tan valiosa la observación de la ausencia de manifestaciones emotivas, característica del aplanamiento afectivo, como los cambios repentinos y más o menos súbitos de la labilidad afectiva; o la concordancia o discordancia entre sentimiento y discurso que se expresan a través de la postura corporal y expresión facial. La angustia puede llevar a la necesidad de disipar la tensión interna insopportable a través de movimientos continuos de las extremidades o de deambulación a lo ancho y largo del sitio de la entrevista. Una incapacidad similar para permanecer sentado que provoca una marcha continua y característica

corresponde a la acatisia, síntoma de intoxicación por perfenazínicos. Conducta que contrasta con la poca movilidad del depresivo y la inmovilidad del catatónico estuporoso.

La conducta del paciente al inicio de la entrevista puede proporcionar indicios sobre su contacto con la realidad, su información psicológica, su relación previa con otros servicios de salud e incluso con la autoridad. El sometimiento, la seducción, el reto o los intentos iniciales de apaciguamiento al entrevistador, se expresan, tanto a través de actitudes corporales, como en la conducta verbal. Así los pacientes necesitados de apaciguar al entrevistador, vivido como figura amenazante, serán extremadamente corteses y aduladores con él, mientras aquellos cuya pasividad y dependencia requieran para mantenerse reprimidas de la expresión reactiva de la actitud opuesta, se mostrarán retadores, cuestionadores y poco cooperadores, etc. La indumentaria del entrevistado puede aportar elementos para valorar su condición socioeconómica y muy a grandes rasgos, su contacto con la realidad. El buen o mal gusto en el atuendo, el cuidado en el arreglo, la limpieza, el seguimiento o abandono de la moda, la congruencia entre vestuario y accesorios, y entre éstos y la situación de la entrevista constituye, en ocasiones, el elemento que lleva a buscar propositivamente la existencia de incongruencias personales, oposición a las normas sociales, a la identidad genérica, etc. Sin embargo, siendo las perturbaciones de la conducta y las peculiaridades en la indumentaria más evidentes y frecuentes en las psicosis, reservaremos su discusión para el capítulo correspondiente.

Mientras observamos cuanto nos es posible de nuestro entrevistado, lo conducimos al interior del cuarto donde se realizará la entrevista y si no lo hace por propia iniciativa, lo invitamos a sentarse sin asignarle un lugar concreto. Si las condiciones lo permiten, es conveniente disponer de varios asientos para que el entrevistado seleccione libremente entre ellos. Elección que a su vez, será registrada sin comentarios por el entrevistador, como indicio de la distancia que establece con él, de su interés por la comodidad, o la posibilidad de huída etc. Si ya sentados el entrevistado permanece en silencio, esperando la indicación del entrevistador con respecto a qué debe hacer, será necesario ayudarlo, preguntándole el motivo de su consulta o de ser el caso, de su estancia en el hospital.

Generalmente, los pacientes inician su comunicación relatando, con mayor o menor extensión, la sintomatología que los lleva a solicitar nuestros servicios. En algunos casos, referidos por

otras personas, preguntan si éstas han informado ya al entrevistador del motivo de la consulta. Esta situación que puede constituir un indicio de su temor a enfrentarse solos a la entrevista, se manejará dando la información solicitada acompañada de la petición de que sea el entrevistado quien nos entere de lo que, a su modo de ver, motiva su visita.

Mientras nos relatan su versión de la búsqueda de atención psicológica permanecemos en silencio, mostrando nuestro interés solamente a través de gestos, miradas y movimientos que invitan a continuar la exposición que no deberá interrumpirse, ni siquiera para precisar fechas o circunstancias ambiguas, pues esta primera narración espontánea permite observar la sucesión de temas asociativamente vinculados, que posteriormente puede perderse si las intervenciones del entrevistador despiertan el temor a ser descubiertos en acciones, afectos o fantasías que se teme sean objeto de crítica o rechazo. Así pues, nuestra intervención en este momento de la entrevista, se reduce exclusivamente a la observación de con qué, (temas) cómo, (tono de voz, lapsus, omisiones, rectificaciones, repeticiones) en qué orden; (cronológico, por similitud formal, intentos de explicación causal, etc.) y con qué manifestaciones afectivas, (actitud, expresión facial, gestos, movimientos corporales, etc.), responde el entrevistado a nuestro primer movimiento. Hay pacientes con una verbalización fluida, cierta capacidad de insight y sofisticación psicológica que pueden consumir solos, sin la ayuda del entrevistador, el tiempo disponible para el primer encuentro aportando valiosos datos sobre su padecimiento actual y la forma en que consideran se encuentra relacionado con sus características personales y estilo de vida. Con ellos es posible no intervenir en absoluto hasta el cierre de la entrevista sin que surja angustia desorganizante, se sientan desatendidos o frente a un entrevistador indiferente a sus sufrimientos. Por el contrario, más o menos conocedores de la técnica psicoanalítica, agradecen el ser considerados capaces de sujetarse por sí mismos, al método de exploración que valoran por sobre los demás. Sin embargo, lo más frecuente es que nos enfrentemos a personas desconocedoras o contrarias al método psicoanalítico que imbuidas del modelo médico, consistente en un interrogatorio directivo precedido por una muy breve tribuna libre, esperan ser igualmente conducidas en la entrevista actual. Así, con gran frecuencia después de la narración más o menos detallada de los síntomas o conflictos intra o interpersonales que motivan la

entrevista, surge el primer silencio que evidencia la demanda de indicaciones sobre qué más queremos saber de ellos y su padecimiento o la pregunta que explica lo anterior. Pero antes de satisfacer la petición que se nos hace explícita o implícitamente, a través del silencio, iniciando el interrogatorio semiológico, observaremos si la interrupción y demanda de ayuda del entrevistado sobrevienen después de un relato de situaciones conflictivas o se acompaña de muestras evidentes de angustia u otros afectos desplacientes. Circunstancias que obligan a explorar qué puede angustiar, enojar o deprimir al paciente en lo que nos narra o por qué, mientras habla de su divorcio, dificultades con el patrón o temas similares suspende su relato. Estas maniobras constituyen resistencias, bien al desarrollo de afectos penosos, bien a la exposición de temas que se teme provoquen la crítica o el desprecio del entrevistador. Y la conducta ante ellas es señalarlas y explorarlas haciendo notar por ejemplo, que antes de interrumpir el relato sobre las dificultades con la esposa, empezó a secarse el sudor de las manos, a cambiar inquieto de postura, estaba al borde del llanto, etc., interrogando sobre el motivo de tales manifestaciones. Al terminar esta investigación muy probablemente la resistencia habrá quedado superada y nos encontraremos investigando aspectos de la vida del entrevistado que éste podría haber omitido como no importantes o sin relación con su padecimiento actual, pero que en ocasiones proporcionan la clave del mismo.

Si el silencio revela que el paciente considera agotadas sus comunicaciones referentes al motivo de la entrevista, no muestra señales de angustia y expresa con su actitud o demanda abiertamente se le indique cómo debe continuar, intentaremos en primer lugar obtener más datos sobre su padecimiento actual o sobre las dificultades interpersonales a que haya aludido en el curso de su anterior exposición con expresiones similares a: "cuénteme más de...sus voces, revelaciones, bola en la garganta", o "cómo son esas molestias, alteraciones, problemas o preocupaciones", etc. Buscando siempre emplear los términos que el paciente utilice para referirse a su sintomatología o problemática. Esta conducta del entrevistador es susceptible de disminuir la ansiedad del paciente con respecto a su posibilidad de comunicarse con el entrevistador, permite una sensación de cercanía y aceptación, y favorece la aparición de procesos afectivos, ya que el lenguaje cotidiano lleva una carga emocional de la cual están desprovistos

los términos técnicos, las fórmulas convencionales y la necesidad de adaptarse al lenguaje de los demás, en busca de la necesaria comunicación.

Con tales invitaciones se intenta transmitir una primera diferenciación entre la entrevista de orientación psicodinámica, en la cual la comunicación no directiva es de un valor fundamental; de la aplicación de cuestionarios más o menos extensos en los que un sí o un no son respuestas adecuadas y suficientes. Si de la anterior invitación obtenemos nuevos datos sobre los síntomas ya referidos, un nuevo listado de ellos o la comunicación de diversos conflictos en las distintas áreas de su expresión vital, podemos continuar alentando la participación con gestos y ademanes, o estímulos verbales tan simples como "y qué más" y "después", etc., si resulta evidente que el entrevistado necesita escucharnos para sentir que nos interesamos en él. Situación que señala una posible dependencia, necesidad de estímulo constante para mantener la atención u otros trastornos que deberán ser objeto de investigación subsecuente.

Esta actitud, que en el desarrollo de un interrogatorio sería criticada como desordenada, en la entrevista de orientación psicodinámica constituye la técnica adecuada para permitir tanto que el paciente comience a familiarizarse con la asociación libre, sin necesidad de explicitarla como tal, como que de sus comunicaciones espontáneamente encadenadas podamos extraer conclusiones con respecto a sus deseos y temores inconscientes.

Del inicio de la entrevista depende la posibilidad de establecer un clima de trabajo que favorezca la comunicación fluida del entrevistado. Por tanto, las intervenciones del entrevistador, sean verbales o preverbales, deben poseer un tono que permita al paciente sentir que sus aparentes desgresiones con respecto al tema tratado, constituyen un material valioso para su comprensión, alentándolas con la actitud mientras efectivamente aporten material útil, e interrumpiéndolas sólo cuando se desvían hacia lo irrelevante como quedó señalado en el capítulo anterior, o cuando es necesario aclarar puntos confusos u omitidos en el relato y necesarios para ubicar con precisión, los hechos significativos que se nos refieren.

Una vez que el paciente ha ampliado la descripción de su padecimiento actual con sus diversas manifestaciones sobre las áreas de su vida afectadas o cuando, a pesar de nuestros intentos

de ampliar comunicaciones tan escuetas como: "tengo angustia, me duele la cabeza, no duermo bien, se me ha ido el apetito, y ya...", no obtenemos la respuesta deseada, comenzamos a realizar la investigación semiológica que describiremos en el capítulo siguiente.

Pero antes, durante y después de dedicarnos a tal exploración, continuamos observando al paciente, añadiendo ahora a nuestro registro mental, los datos sobre el tipo de lenguaje que emplea. Esto nos permite obtener información sobre su nivel cultural, la región geográfica de la que proviene, su profesión o intereses vocacionales y creativos, el grado de sofisticación psicológica, etc. Asimismo, a través del estudio del lenguaje, obtenemos datos sobre los procesos de pensamiento que se expresan a través de él. En el deprimido con retardo psicomotriz, la verbalización es de ritmo lento, carente de fluidez, escasa, se expresa en un tono de voz bajo, en ocasiones difícilmente audible, acompañada de escasos movimientos y gestos. Mientras en la hiperactividad y en la angustia severa, que cursa con hiperactividad, la necesidad de impulsar a través de pensamiento y lenguaje la tremenda presión interna, lleva a un parloteo que difícilmente permite interrupciones, generalmente acompañado por un tono de voz elevado y por continuos movimientos de las extremidades y músculos faciales. En el francamente maníaco, la expresión verbal resulta insuficiente para transmitir la rápida producción de pensamientos, con la resultante de un habla atropellada que deja a la mitad las palabras y llega en casos extremos a constituir una verdadera "ensalada de palabras". En el paciente orgánico se observan interrupciones del discurso por la existencia de afasias que hacen perder la memoria de sustantivos por ejemplo, sustituyéndose el vocablo perdido por perifrasis o descripciones del uso del objeto cuyo nombre se ha olvidado, siendo también comunes los trastornos en la articulación del lenguaje. En el esquizofrénico el bloqueo del pensamiento que se expresa igualmente por interrupciones súbitas de la plática, corresponde a la emergencia de afectos e ideas contradictorios que pueden expresarse también a través de lapsus y disociación ideoafectiva. A veces se encuentran además neologismos, palabras aparentemente "inventadas" producto de la condensación de varios vocablos e incluso de frases completas. En esta afección y en algunos padecimientos orgánicos es posible encontrar también un lenguaje incoherente, desorganizado, aparentemente carente de propósito, expresión de la perturbación del

pensamiento debida a la regresión del funcionamiento psíquico del proceso secundario al primario*. La observación desde el inicio de la entrevista de las características del lenguaje, con su cortejo de gestos, expresiones faciales y actitudes corporales, permite detectar el surgimiento de afectos o situaciones conflictivas durante el relato subsecuente del enfermo, gracias al registro de las variaciones en su ritmo, rapidez, entonación, fluidez, congruencia y coherencia. Teniendo en mente los datos que haya sido posible observar en el entrevistado desde el primer contacto con él hasta el momento en que se agotan sus comunicaciones, procedemos a investigar bien la semiología de sus síntomas, bien las circunstancias de su historia familiar, susceptibles de explicarnos la etiología de su padecimiento actual, incisos que serán expuestos en los capítulos siguientes.

*Los términos proceso primario y proceso secundario se refieren tanto al modo de descarga de la energía psíquica, como a un tipo de procesos de pensamiento. Sólo tocaremos aquí lo referente al segundo punto. En relación con él, proceso primario se refiere a un tipo de pensamiento primitivo, regido por las leyes de la lógica arcaica, tan bien estudiadas por Arieti, 1965, cuya meta es la realización de deseos. Se encuentra dominado por las emociones y se caracteriza por hacer uso de la condensación, el desplazamiento, la simbolización, que permiten el libre paso y la descarga masiva, de la energía psíquica en fantasías totalmente libres y de una representación a otra. Trabaja predominantemente sobre percepciones, en el campo del inconsciente, mientras el secundario labora con conceptos, en el preconsciente o la conciencia, es predominantemente lógico y utiliza cantidades mínimas de energía neutralizada, por lo que puede funcionar introduciendo una demora considerable, condición obvia del pensamiento lógico.

BIBLIOGRAFÍA

- Arieti, S. (1965): *Interpretación de la esquizofrenia*. Barcelona: Editorial Labor.
- Freud, S. (1913): On Beginning the Treatment. (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis, I.)" S. E. XII: 121-144. Londres. The Hogarth Press. 1966.
- Kolb, L. C. (1971): *Noyes psiquiatría clínica moderna*. México: Prensa Médica Mexicana. 4a. edición.
- Mac Kinnon, R. A. y Michels, R. (1971): *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. Filadelfia: W. B. Saunders Co.
- Menninger, K. A. (1962): *A Manual for Psychiatric Case Study*. Nueva Yor: Grune & Stratton. 2a. edición.
- Tarachow, S. (1963): *An Introduction to Psychotherapy*. Nueva York: Internaciona Universities Press, Inc.
- Wolberg, L. R. (1967): *The Technique of Psychotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton.