

La entrevista estructural

Mi principal objetivo en este capítulo es ilustrar la utilidad clínica de la entrevista estructural particularmente en el diagnóstico diferencial de los trastornos límite. Las descripciones clínicas detalladas de diferentes patrones que surgen durante las entrevistas estructurales debieran también ilustrar los límites de utilidad de la entrevista estructural. En pocas palabras, mientras más surge un síndrome psicótico u orgánico preciso, más se parece la entrevista estructural al examen tradicional del estado mental. Pero para los pacientes dentro del espectro neurótico o límite de la psicopatología, las ventajas de la entrevista estructural rápidamente se hacen evidentes. Esta no sólo agudiza el diagnóstico diferencial sino también revela información con implicaciones terapéuticas y pronósticas importantes. Nos habla de la motivación del paciente, de su capacidad para la introspección y para la colaboración en el tratamiento terapéutico, y su potencial de "acting out" y de descompensación psicótica.

Una cuestión importante es si debiera hacerse una historia psiquiátrica estándar antes de la entrevista estructural, la que, bajo estas condiciones, substituye al examen tradicional del estado mental; o si, la historia y el examen, debieran substituirse por una entrevista estructural, que da como resultado una elaboración selectiva de la historia a la luz de los descubrimientos en la entrevista misma.

Las ventajas de arrancar con la clásica elaboración de una historia son que este método se ajusta con más facilidad al entrenamiento de residentes psiquiátricos para la elaboración de historias y examen; que permite al psiquiatra diagnosticar rápidamente la psicopatología obvia, psicótica y orgánica (donde la entrevista estructural es mucho menos importante), y, como este enfoque es más tradicional, disminuye la ansiedad inicial del paciente al ajustarse a las expectativas ordinarias de la interacción paciente-doctor. Comenzar con la elaboración de una historia también evita las consecuencias de un brote grave prematuro de defensas primitivas (con la activación de desarrollos intensamente negativistas o de oposición, en particular en el caso de pacientes paranoides).

Las desventajas de empezar con una elaboración tradicional de la historia antes de la entrevista estructural son que permite que las operaciones defensivas predominantes del paciente se oculten, y, en especial con las estructuras neuróticas o límite hace más fácil para el paciente "adaptarse" protectivamente a la entrevista, lo que disminuye la ansiedad en tanto que oscurece las áreas de conflictos actuales y los desarrollos de transferencia temprana.

Al sopesar estas ventajas y desventajas, creo que en tanto menos tiempo tenga el entrevistador para una evaluación completa del paciente, y mientras menos experiencia haya tenido en entrevistas estructurales, mayor es la ventaja de comenzar con una historia estándar y luego cambiar a la entrevista estructural. En contraste, en tanto más tiempo disponible, más experiencia del entrevistador, y más se centre el diagnóstico diferencial en las fronteras entre estructura neurótica y límite y entre límite y psicótica, más útil será comenzar con una entrevista estructural, en el entendimiento de que la información histórica requerida en los casos individuales encajará naturalmente en las fases avanzadas de la entrevista estructural.

El entrevistador comienza por pedir al paciente un breve resumen de sus razones para venir a tratamiento, sus expectativas de éste y la naturaleza de sus síntomas predominantes, problemas o dificultades. Si bien, el patrón de búsqueda que sigue a las preguntas iniciales de apertura puede variar en los diferentes enfoques a la entrevista estructural (Stone, 1980; Selzer, 1981), mi preferencia es seguir el interrogatorio inicial con una búsqueda sistemática explorando el ciclo de "síntomas de anclaje" de la psicopatología clave indicados en el perímetro del círculo de la figura 2-1.

Terminada la exploración, el entrevistador se centra en los síntomas significativos que han surgido en el curso de la misma, explorándolos según aparezcan en la interacción del aquí y ahora de la entrevista, seguidos de clarificación, confrontación e interpretación tentativa, con atención cuidadosa sobre las reacciones del paciente a estas intervenciones. La capacidad del paciente para empatizar con el interrogatorio del entrevistador, para clarificar más los temas que se refieren a su identidad del yo, relaciones objetales, prueba de realidad y configuraciones actuales de defensa-impulso, da una indicación de su capacidad para la introspección. El diagnóstico estructural depende en gran medida de cómo maneje el paciente las clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones.

Si, por ejemplo, la investigación inicial ha revelado alguna evidencia de difusión de identidad y defectos en la prueba de realidad, el entrevistador primero trata de ampliar la expresión de estas características en la interacción de la entrevista en el aquí y ahora. Luego, confronta al paciente, haciéndole notar las discrepancias en lo que éste ha dicho u otras posibles incongruencias que indiquen la posible naturaleza defensiva de su conducta. Además, el entrevistador tentativamente interpreta el posible significado de las discrepancias, lo que estimula más al paciente a explorar su conducta y motivaciones. Se le pregunta al paciente cómo ve estas inconsistencias, cómo se siente sobre ellas y qué otra información pudiera clarificar lo que ha estado ocurriendo.

Las respuestas del paciente son de importancia primordial para diferenciar las estructuras neurótica, límite y psicótica. Dada su capacidad intacta

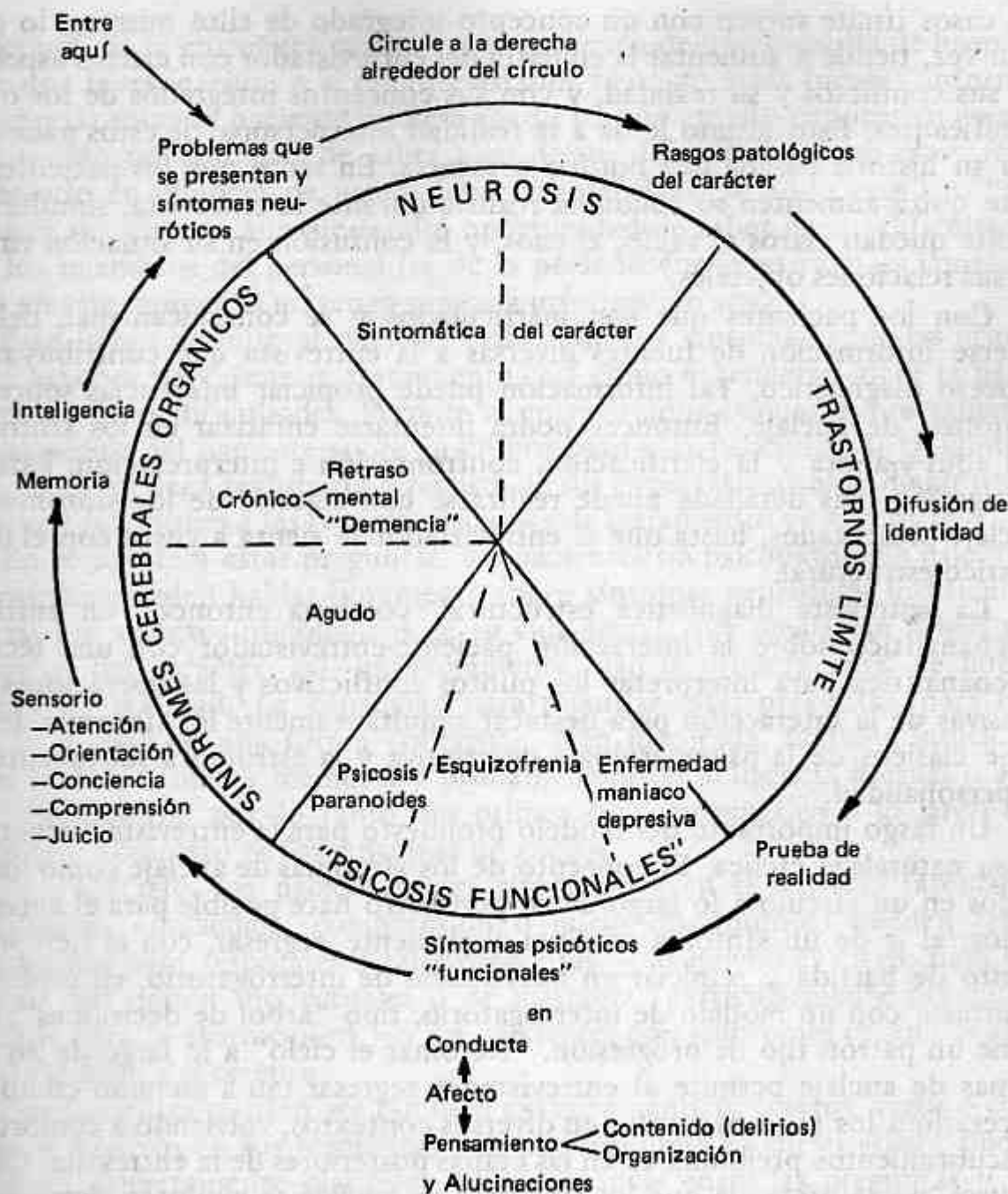


Fig. 2-1. Ciclo de síntomas de anclaje.

para la prueba de realidad, los pacientes límite revelan una reorganización a menudo sorprendente y mejoría en el funcionamiento con estas clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones. Son capaces de empatizar con las "confusiones" del entrevistador, para clarificar y corregir sus propias percepciones y utilizar estas correcciones constructivamente en las fases subsecuentes de la entrevista. Además los pacientes límite demuestran alguna capacidad para la introspección y el "insight" respecto a la base de las incongruencias. Como se señaló los pacientes con estructuras psicóticas carecen de esta habilidad de empatizar con los criterios sociales ordinarios de la realidad, y los intentos por clarificar pueden, por lo tanto, revelar mayores distorsiones en la prueba de realidad. Los pacientes neuróticos, a diferencia de

los casos límite surgen con un concepto integrado de ellos mismos, lo que, a su vez, tiende a aumentar la empatía del entrevistador con ciertos aspectos de sus conflictos y su realidad, y con sus conceptos integrados de los otros significantes. Esto último le da a la realidad interpersonal de estos pacientes y a su historia pasada una notoria presencia. En tanto que los pacientes límite quizá aumenten su conducta realista durante la entrevista, simultáneamente quedan claros el vacío, el caos, y la confusión en su situación vital y en sus relaciones objetales.

Con los pacientes que son inarticulados y se comunican mal, deberá traerse información de fuentes diversas a la entrevista que contribuyan al proceso diagnóstico. Tal información puede propiciar inferencias sobre los síntomas de anclaje. Entonces podrá intentarse enfatizar en los síntomas del aquí-y-ahora y la clarificación, confrontación e interpretación. Esta investigación más detallada puede realizarse con algunos de los síntomas de anclaje presentados, hasta que el entrevistador se sienta a gusto con el diagnóstico estructural.

La entrevista diagnóstica estructural, combina entonces, un enfoque psicoanalítico sobre la interacción paciente-entrevistador con una técnica psicoanalítica para interpretar los puntos conflictivos y las operaciones defensivas de la interacción para destacar simultáneamente los síntomas de anclaje clásicos de la psicopatología descriptiva y la estructura subyacente de la personalidad.

Un rasgo importante del modelo propuesto para la entrevista estructural es su naturaleza cíclica. El concepto de los síntomas de anclaje como localizados en un círculo a lo largo de su perímetro hace posible para el entrevistador, al ir de un síntoma cardinal al siguiente, regresar, con el tiempo, al punto de partida y reiniciar un nuevo ciclo de interrogatorio, en profundo contraste con un modelo de interrogatorio, tipo "árbol de decisiones", que tiene un patrón fijo de progresión. "Retomar el ciclo" a lo largo de los síntomas de anclaje permite al entrevistador regresar tan a menudo como sea necesario a los mismos puntos en diversos contextos, volviendo a comprobar descubrimientos preliminares en las etapas posteriores de la entrevista. Como se verá, no se pretende que los síntomas de anclaje se exploren sistemáticamente en forma invariable, uno por uno. Dependiendo de los primeros descubrimientos, se recomiendan diferentes enfoques para este ciclaje del interrogatorio.

LA FASE INICIAL DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Es útil iniciar la entrevista con algunas preguntas (directas o indirectas) presentadas en secuencia, proporcionando así una clara idea de lo que se espera del paciente y sus diversas formas posibles de respuesta. Además, la misma capacidad del paciente para entender una serie de preguntas y contestarlas pone a prueba su funcionamiento sobre varios síntomas de anclaje claves. Una encuesta inicial típica pudiera ser así: "Estoy interesado en oír qué es lo que le trajo aquí, cuál es la naturaleza de sus dificultades o problemas qué espera del tratamiento y en qué punto se encuentra Ud. ahora a este

respecto". Si la entrevista ocurre en el contexto de una consulta de hospital o de una investigación, o si el entrevistador tiene de otras fuentes, información previa sobre el paciente pudiera añadir un comentario explicativo como: "He tenido oportunidad de saber algo de sus dificultades, pero estoy muy interesado en conocer de usted directamente cómo ve todo esto", o "me gustaría decirle que aunque tendré oportunidad de saber de sus dificultades por los miembros del personal (o, de la persona que le refirió para consulta, etc.) en este momento no tengo ninguna información suya".

Este inicio permite al paciente hablar de sus síntomas y de las principales razones para venir a tratamiento, así como extenderse sobre la naturaleza de otras dificultades. Permite al entrevistador evaluar indirectamente la conciencia del paciente sobre su enfermedad y la necesidad de tratamiento, y la naturaleza realista o no realista de sus expectativas sobre dicho tratamiento y reacciones a las recomendaciones de tratamiento ya sugeridas.

En respuesta a estas preguntas, los pacientes sin psicopatología psicótica u orgánica pueden hablar libremente sobre síntomas neuróticos y dificultades en los aspectos psicológicos de su vida social, que señalarían rasgos patológicos del carácter; así, indirectamente, dan la primera señal de buena prueba de realidad. La capacidad para recordar estas preguntas, para responder a ellas en una forma coherente, bien integrada, también indica un buen sensorio, buena memoria y probablemente, inteligencia normal o aun alta. Representa, por lo tanto, un primer ciclo automático a lo largo del perímetro completo de los síntomas de anclaje.

En contraste, los pacientes con alteraciones en el sensorio (atención, orientación, conciencia, comprensión o juicio disminuidos) pueden tener dificultades para responder a tales preguntas, y lo mismo es cierto para pacientes con déficit intelectuales o de memoria (particularmente capacidad limitada para la abstracción) —o sea, pacientes con síndromes orgánicos agudos o crónicos del cerebro.

Los pacientes pueden ser también excesivamente concretos, vagos o confusos, o evasivos en sus respuestas a estas preguntas. El entrevistador puede entonces discretamente clarificar la discrepancia entre las preguntas y las respuestas. Ayuda al preguntar si el paciente siente que ha respondido por completo a lo que se le preguntó o si cree que las preguntas no han sido suficientemente claras o son quizá abrumadoras. Si reconoce ahora dificultades para seguir o entender al entrevistador, las preguntas deberán repetirse, frasearse de algún modo diferente, y el entrevistador deberá explorar entonces si el paciente tiene todavía dificultad para entender. Si éste es el caso, debe explorar a continuación cuál es la naturaleza de la dificultad. De este modo, "entrando" a menudo en el ciclo diagnóstico a través de la evaluación de los síntomas, la entrevista puede llevar ahora, rápidamente, a la clarificación, confrontación e interpretación de la dificultad, lo que permite al entrevistador diferenciar la confusión que se origina en la intensa ansiedad y en la malinterpretación psicótica de la situación total, negativismo y alteración del sensorio, o graves déficit de memoria o inteligencia.

El paciente puede responder en formas que tengan poca, o ninguna, relación aparente con la pregunta inicial. Un paciente esquizofrénico gravemente desorganizado, uno con síndrome hipomaniaco, o con una grave

psicopatología del carácter, pueden hacer uso de la encuesta inicial para expresar, por ejemplo, una evasividad paranoide o un perfeccionismo obsesivo al clarificar cada una de las declaraciones del entrevistador. Un paciente masoquista puede comenzar a llorar como si se le presentara una tarea excesivamente pesada. Todas estas respuestas pueden explorarse discretamente, clarificando las preguntas una vez más, en tanto trata de obtenerse más información sobre la naturaleza de la dificultad que las preguntas evocan. De esta forma, las manifestaciones tempranas de pérdida de prueba de realidad, síntomas psicóticos y síntomas orgánicos agudos o crónicos, pueden obtenerse junto con desarrollos prematuros de transferencia característicos de pacientes con grave patología del carácter.

Si un paciente responde primero apropiadamente a las preguntas iniciales, pero luego se pierde en detalles al intentar clarificarlas más, el entrevistador deberá explorar de nuevo en busca de varios complejos de síntomas. ¿Dentro del ámbito de los síntomas neuróticos, está el paciente perdiéndose en detalles a causa de tendencias obsesivas? ¿Es vago y precavido para expresar tendencias paranoides? En cuanto a la pérdida de prueba de realidad y síntomas psicóticos, ¿es evasivo a causa de delirios paranoides subyacentes u otras interpretaciones psicóticas de la presente interacción? ¿Se pierde en detalles a causa de problemas en sus funciones cognoscitivas por alteración en el sensorio o por pérdida crónica de memoria e inteligencia? De nuevo, la clarificación y exploración discretas con el paciente sobre su dificultad para responder (confrontación) y la exploración tentativa de las razones para la dificultad en la comunicación (interpretación) pueden atraer la atención sobre uno u otro de los síntomas principales de anclaje y proporcionar pistas tempranas hacia las características estructurales y descriptivas del paciente.

Si el paciente es capaz de entender y responder plenamente y en forma clara a las preguntas iniciales, y, al mismo tiempo, presentar un cuadro coherente del síntoma principal que lo trajo a consulta y de otros problemas y dificultades, el entrevistador puede entonces plantear preguntas subsidiarias derivadas de la información ya presentada. Por ejemplo, puede preguntar sobre aspectos más precisos de síntomas, la fecha aproximada de su aparición y su desarrollo, y síntomas relativos adicionales; esto puede completar la información que se refiere a los síntomas neuróticos y, al mismo tiempo indicar indirectamente que el paciente tiene un sensorio normal, no tiene déficit de memoria importantes y cuando menos un nivel de funcionamiento de la inteligencia normal. Sin embargo, si en el curso de la descripción del paciente de sus dificultades, se refiere específicamente a la concentración, memoria y a sus funciones cognoscitivas en general, el entrevistador tendría ahora una buena razón para centrarse más en los síntomas de síndromes cerebrales orgánicos agudos y crónicos, pero con una comprensión preliminar de que la prueba de realidad se conserva (y el paciente, por lo tanto, aun si está afectado orgánicamente, no está demente).

Cuando las respuestas del paciente no llevan en una dirección "orgánica" sino transmiten información que indica un nivel de funcionamiento excelente en términos del sensorio, memoria e inteligencia, puede asumirse que se ha obtenido la información más importante relativa a síntomas neuróticos. El foco de la entrevista puede ahora dar un giro a lo largo del perímetro para la investigación de rasgos patológicos del carácter (ver figura 2-1).

→ La investigación de rasgos patológicos del carácter, fundamental para evaluar no sólo el tipo de patología del carácter o de la personalidad sino también su gravedad (y, en el mismo tenor, la presencia o ausencia de organización límite de la personalidad, con su síntoma de anclaje clave de difusión de identidad) es un foco crucial en la entrevista estructural. La primera pregunta, una vez que se ha llegado a este punto del interrogatorio, puede formularse como sigue: "Me ha dicho usted sobre sus dificultades, y ahora, me gustaría saber más de usted como persona. ¿Podría describirse usted mismo, su personalidad, lo que piensa que es importante que yo sepa, de modo que pueda yo tener un sentimiento real hacia usted como persona?". Esta pregunta representa un nuevo reto, un nivel más profundo de interrogatorio que, bajo circunstancias óptimas, puede llevar a un paciente a una disposición autorreflexiva. Puede entonces describir sentimientos sobre él mismo, sobre las áreas importantes de su vida (estudios o trabajo, familia, vida social, sexo, intereses políticos y culturales, tiempo libre), y en particular, sus relaciones clave con los demás significantes.

Si el paciente puede en forma espontánea presentar tal información sobre él mismo, proporciona así una indicación de buena prueba de realidad. Los pacientes psicóticos con la capacidad para mantener cierta semejanza a una relación apropiada con la realidad, pueden haber llegado a este punto de la entrevista sin mostrar mayores molestias. Para ellos, contestar una pregunta tan abierta satisfactoriamente es, sin embargo, virtualmente imposible ya que esto requiere la capacidad para conservar la empatía con aspectos ordinarios de la realidad social (tal como el interés del entrevistador en la personalidad del paciente). La capacidad del paciente para explorar en profundo su personalidad puede indicar ahora que ha mantenido la prueba de realidad. El entrevistador puede, por lo tanto, descartar la enfermedad psicótica (además de los síndromes cerebrales orgánicos agudos y crónicos previamente descartados) del espectro de posibilidades diagnósticas.

A veces, un paciente tiene gran dificultad para hablar de él mismo en forma tan desestructurada a causa de factores culturales o de personalidad. El entrevistador puede entonces sugerir que el paciente describa sus relaciones con las personas que son más importantes para él y que platique de su vida, estudios o trabajo, familia, vida sexual, relaciones sociales, cómo pasa su tiempo libre. Los pacientes con grave patología del carácter, especialmente aquéllos con rasgos gravemente represivos o paranoides, pueden encontrar difícil proporcionar incluso esta información más concreta y circunscrita. Dejar de responder a esta pregunta más directa sería una primera indicación de grave patología del carácter. El entrevistador investigará entonces la difusión de identidad (para el diagnóstico diferencial de la organización límite) e incluso reevaluaría la prueba de realidad.

El procedimiento en este caso sería que el diagnosticador señalara al paciente que éste parece tener dificultades para hablar sobre él mismo como persona. El entrevistador puede entonces preguntar en qué medida cree el paciente que esta dificultad se deba a las circunstancias de la entrevista misma, la aprensión por ser entrevistado en general, o a temores específicos sobre el entrevistador o la situación diagnóstica (explorando así por posibles rasgos paranoides), o si la dificultad refleja un problema general que el pa-

