2

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 obscurece 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

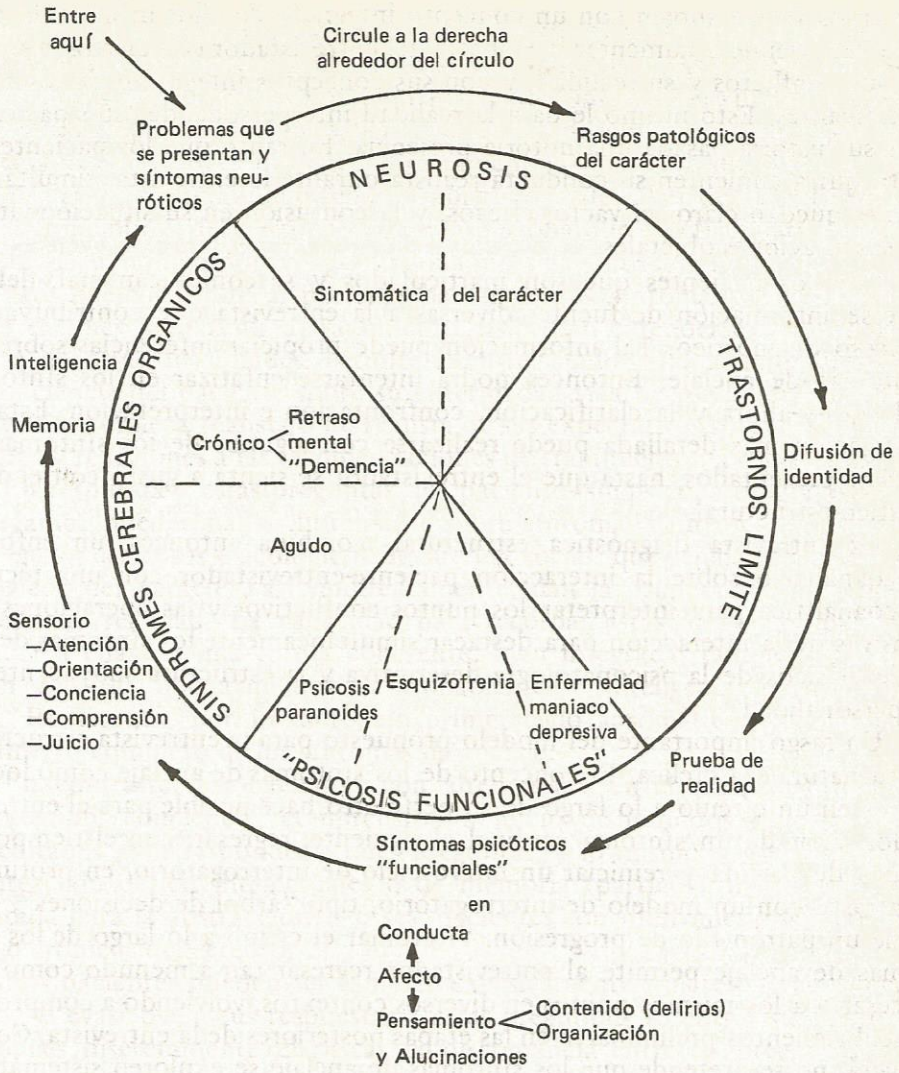

Fig. 2–1. Ciclo de síntomas de anclaje.

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, realciones 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-

ciente tiene para clarificarse a sí mismo quién es él o cuáles son sus relaciones con el mundo que lo rodea y con los demás (lo que explora posibles rasgos esquizoides). Como respuestas a esta exploración, los pacientes con organización límite pueden presentar operaciones defensivas primitivas, como identificación proyectiva, escisión, disociación primitiva de aspectos contradictorios de la experiencia de sí mismo, negación, grandiosidad, fragmentación de afectos, omnipotencia o devaluación. La entrevista se ha centrado ahora en un segmento específico del perímetro de los síntomas de anclaje, a saber, aquél que se extiende desde rasgos patológicos del carácter a través de difusión de identidad hasta prueba de realidad.

Describí en el capítulo 1, cómo reconocer clínicamente la conservación de la prueba de realidad. Si el afecto o emociones del paciente, su conducta o su contenido del pensamiento en las primeras etapas de la entrevista son claramente inapropiados, indicando la posibilidad de una enfermedad psicótica u orgánica importante, la existencia de delirios o alucinaciones puede explorarse más directamente. (Este aspecto de la entrevista se discute más adelante). Si, a pesar de esto, no ha sido obtenida todavía en la entrevista una fuerte evidencia de psicosis, y la información del paciente no ha dado ninguna razón al entrevistador para pensar que hubiera tenido alucinaciones o delirios en el pasado, o, si las ha tenido, que aún permanecen, el entrevistador puede ahora centrarse en forma más precisa en aquello que parezca más inapropiado, extraño, o atrevido, en el afecto, contenido de pensamiento o conducta del paciente.

Como mencioné, animar al paciente a que hable sobre él mismo libremente, en particular a pacientes con organización límite o síndromes psicóticos que han pasado hasta ahora inadvertidos, puede activar las operaciones defensivas primitivas, y los rasgos interpersonales de estas defensas manifiestas en la interacción inmediata paciente-entrevistador. El diagnosticador puede primero experimentar esta distorsión como una sensación de estrés o tensión; su sentido interno de libertad al interactuar con el paciente disminuye. Puede, con el tiempo, encontrar que una relación objetal regresiva, específica, ha sido activada y sobreimpuesta sobre la apropiada, orientada a la realidad, de la entrevista.

Si, en este punto, el entrevistador, centrándose en el afecto o emociones del paciente, contenido de pensamiento y conducta, comparte con él lo que le parece más desacostumbrado en cualquiera de estos aspectos, y pregunta si éste puede explicar la sensación del entrevistador de que la presentación del paciente tiene un aspecto extraño o desconcertante, la respuesta de este último puede dar luz sobre su prueba de realidad. La prueba de realidad se refleja en la capacidad del paciente para empatizar con la percepción del entrevistador de estas características de la interacción y, en una forma más sutil, en su capacidad para empatizar con la percepción del entrevistador respecto del paciente, en un sentido más amplio.

Por ejemplo, el entrevistador puede decir: "Cuando le pedí que me dijera más de usted misma, primero pareció desconcertada, y luego comenzó a hablar sobre cómo la trata su marido. Un poco después, cuando le pregunté si tenía algún problema para relacionarse con su esposo bajo tales circunstancias y por qué mencionaba usted este ejemplo particular, respondió diciéndo-

me de otros aspectos de la conducta de él. Es como si, cuando le pidiera que hable de usted misma, pareciera obligada a hablar de cómo la trata su esposo. Encuentro esto desconcertante. ¿Puede usted darse cuenta que tengo dificultades con su actitud?" La paciente puede entender lo que desconcierta al entrevistador y explicar por ejemplo, que ella se siente tan abrumada por su esposo que es como si no tuviera derecho a examinar cómo se siente sobre ella misma (indicando así, en esta situación, su prueba de realidad). O ella puede decir en un tono suspicaz y temeroso, que está tratando de señalar que su esposo la trata mal y preguntar si el entrevistador está insinuando que estas dificultades son toda su culpa (haciendo así que broten dudas sobre su prueba de realidad, además de señalar rasgos paranoides).

Si lo último fuera el caso, el entrevistador puede ahora preguntar a la paciente por qué la pregunta de él, sobre si ella podría estar contribuyendo de algún modo a las dificultades con su esposo, le sugieren la insinuación de que las dificultades eran toda su culpa. El sigue así la técnica de realizar ciclos de clarificación, confrontación e interpretación alrededor de un área de molestia en la interacción que puede proporcionar mayor información sobre la personalidad del paciente, clarificando al mismo tiempo su capacidad de prueba de realidad.

Es importante primero clarificar si el paciente tiene una estructura psicótica —o sea, ausencia de prueba de realidad (lo que por definición, indicaría que el paciente no es límite)— antes de investigar la difusión de identidad. El sentido de identidad del paciente diferencia la patología límite del carácter (caracterizada por difusión de identidad) de la patología no límite (donde la integración de la identidad está intacta).

Si, en el curso de explorar las características de personalidad del paciente o los rasgos patológicos del carácter, no surge nunca la cuestión de pérdida de prueba de realidad (o es rápidamente contestada en forma satisfactoria en el sentido de que se mantiene dicha prueba de realidad), la entrevista entonces entra a la fase media, en la que la evaluación de la difusión de identidad (y por lo tanto el diagnóstico diferencial de la organización límite) se convierte en el objetivo principal. Pero si al evaluar la personalidad del paciente, surge claramente que la prueba de realidad se ha perdido, la entrevista entonces se centra en la naturaleza de la psicosis del paciente.

Debiera estar claro para ahora que, aunque la entrevista comience en una forma normal en todos los casos, la naturaleza de las preguntas, la interacción y la calidad toda de la entrevista variará considerablemente según la naturaleza de la psicopatología del paciente. En la entrevista estructural, éste es un efecto deseable, una consecuencia de la conexión sistemática por parte del entrevistador de la información del paciente con la naturaleza de la interacción paciente-diagnosticador.

LA FASE MEDIA DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Organización neurótica de la personalidad

Los pacientes con neurosis sintomáticas y patología no límite del carácter son aquéllos que son capaces de responder en la fase inicial de la entrevista

estructural con un resumen pertinente de lo que los trajo a tratamiento, de cuáles son sus principales dificultades, qué esperan del tratamiento y dónde se encuentran en este punto. Estos son también pacientes que no dan evidencia de conducta, afectos o pensamientos atrevidos, extraños o absurdos. Su capacidad de prueba de realidad permite al entrevistador desechar la posibilidad de enfermedad psicótica, y presentan un sensorio obviamente normal, descartando así, igualmente, síndrome cerebral orgánico. Estos pacientes son capaces, cuando el entrevistador les pide mayor información, de extenderse sobre sus síntomas presentes o sus dificultades en formas que tienen sentido. Entienden claramente no sólo el contenido manifiesto de las preguntas del entrevistador sino también las sutiles implicaciones de éstas.

Una entrevista así, puede parecer al observador desde fuera muy similar a una entrevista psiquiátrica tradicional o normal. Ahora, el área principal donde el entrevistador se centra en el perímetro del círculo de síntomas de anclaje, es la de los rasgos patológicos del carácter. Las preguntas debieran ahora centrarse sobre las dificultades del paciente para las relaciones interpersonales, para adaptarse al entorno, así como sobre sus necesidades psicológicas percibidas internamente.

Cualesquiera pistas que el paciente hubiera dado antes sobre dificultades en cualquiera de estas áreas debieran explorarse ahora, y esta exploración deberá seguirse con una pregunta más general como: "Me gustaría saber ahora más de usted como persona, la forma en que se percibe a sí mismo, la manera en que siente que los demás le perciben, lo que usted piense que podría ayudarme a formar con profundidad una imagen de usted, dentro de este tiempo limitado". Esta pregunta busca mayor información respecto a problemas caracterológicos y conduce a un diagnóstico más específico respecto al tipo predominante de rasgos patológicos del carácter, la constelación patológica, dominante del carácter. Al mismo tiempo, la pregunta también hace posible una evaluación de la difusión de identidad.

Si el paciente ahora transmite información que el entrevistador no puede conjuntar en su mente, particularmente datos contradictorios que no encajan con la imagen interna que el entrevistador está elaborando lo indicado es una exploración discreta de tales contradicciones potenciales o manifiestas. La finalidad del entrevistador es evaluar el grado en el que las representaciones contradictorias del sí mismo están presentes (una indicación de difusión de identidad) o el grado al que el paciente presenta una concepción sólida, bien integrada de sí mismo. Con mucha frecuencia hay áreas periféricas de autoexperiencia que son contradictorias a un área central, bien integrada, de autoexperiencia subjetiva, áreas que el paciente mismo experimenta como ajenas al yo o egodistónicas, no encajando en su, de otro modo, integrada imagen de sí mismo. Estas áreas aisladas pueden ser una fuente importante de conflictos intrapsíquicos o dificultades interpersonales, pero no debieran equipararse a la difusión de identidad. En otras palabras, no esperamos total armonía en los pacientes neuróticos, pero debiera haber una integración subjetiva central del autoconcepto sobre la que, como base, el entrevistador pueda construir una imagen mental del paciente.

La siguiente pregunta se ocupa de los demás significantes en la vida del paciente. Una vez que el entrevistador ha contestado tentativamente en su

propia mente la pregunta que se refiere a la integración del autoconcepto, puede entonces explorar la integración del paciente de los conceptos de los demás significantes. Los pacientes con organización límite y el correspondiente síndrome de difusión de identidad presentan típicamente una incapacidad para integrar las representaciones de los demás significantes con profundidad. Estos pacientes tienen más problema en presentar una imagen dotada de vida de las personas que son importantes para ellos, que de aquellas a quienes conocen sólo casualmente. Una pregunta clave aquí podría ser: "Me gustaría pedirle que me diga algo sobre las personas que son ahora las más importantes en su vida. ¿Podría decirme algo de ellas de modo que, dado nuestro tiempo tan limitado, pudiera yo formarme una clara impresión de ellas?". Ahora puede explorar el grado de integración de representaciones objetales versus la falta de integración y, en este contexto, el grado de patología de la vida interpersonal del paciente. Tanto la integración o difusión de identidad (un criterio estructural seccional transversal) como la naturaleza de las relaciones objetales del paciente (un criterio histórico-estructural-longitudinal) pueden quedar clarificadas en el proceso.

De nuevo, cada vez que surjan contradicciones internas en la narración del paciente, el entrevistador puede clarificar éstas primero, luego discretamente confrontarlo con estas contradicciones evidentes o potenciales y evaluar su capacidad para reflexionar en las observaciones del entrevistador. El entrevistador puede así estudiar la capacidad de introspección del paciente. Finalmente, si surgen puntos conflictivos obvios en la exploración de tales áreas contradictorias —dentro del autoconcepto o el concepto de los demás significantes— a la clarificación y la confrontación puede seguir una interpretación tentativa, sólo en el aquí y ahora, de las implicaciones potencialmente dinámicas o conflictivas de dichos puntos.

En tanto procede esta parte de la entrevista con un paciente neurótico típico, el entrevistador debiera centrarse en los efectos que la exploración está teniendo en la interacción real entre él mismo y el paciente. La exploración de áreas de confusión, contradicciones internas y conflictos potenciales, puede aumentar la ansiedad del paciente al igual que movilizar sus operaciones defensivas predominantes. En forma característica, en el paciente neurótico, estas defensas serán poco importunas, de modo que en la práctica es a menudo muy difícil diagnosticar la existencia de represión, desplazamiento, racionalización o intelectualización, al evaluar la interacción inicial del paciente con el entrevistador. Al principio de la interacción con pacientes neuróticos pueden detectarse sólo formaciones de reacciones y los rasgos inhibidores del carácter que asumen funciones defensivas inmediatamente y rasgos patológicos del carácter en general (los que, por supuesto, siempre asumen funciones defensivas). Las defensas de alto nivel pueden inferirse indirectamente del contenido de lo que se discute pero pocas veces se muestran en forma directa en las primeras entrevistas.

Como se señaló en el caso de pacientes límite la exploración de la difusión de identidad (en la línea de la disociación del autoconcepto y de los conceptos de los demás significantes) activa típicamente operaciones defensivas primitivas que surgen más bien en la interacción con el diagnosticador que en el contenido de las comunicaciones verbales. En tanto más se trans-

forme, altere o distorsione la interacción inmediata entre paciente y diagnosticador por dichos procesos defensivos, más probable es que predominen las operaciones defensivas primitivas. Así queda confirmado un criterio estructural significativo para el diagnóstico de la organización límite de la personalidad.

En el caso de pacientes que no muestran ninguna indicación de difusión de identidad o de operaciones defensivas primitivas, pueden entonces explorarse áreas dominantes de conflicto, inhibiciones emocionales o desarrollo sintomático, al punto en que se toquen los límites de darse cuenta consciente o preconsciente —en otras palabras, hasta los límites de sus barreras represivas. En estos casos, el diagnosticador puede formular hipótesis dinámicas respecto a los conflictos intrapsíquicos inconscientes. A menudo las hipótesis se refuerzan por la continuidad natural entre las experiencias actuales del paciente y su recuerdo de experiencias pasadas, pero estas hipótesis dinámicas deben permanecer altamente especulativas. Mientras más sano el paciente, más fácil para el diagnosticador en las primeras entrevistas hacer hipótesis sobre conexiones entre el pasado consciente y el presente, pero, paradójicamente, más difícil es para el paciente eslabonar presente y pasado porque estos lazos están reprimidos.

Con la organización neurótica de la personalidad, la exploración cuidadosa de los síntomas que se presentan, de la personalidad total y de los aspectos interaccionales de la entrevista que se enriquecen o complementan con otra información, prácticamente coincide con una elaboración sistemática de una historia. En estos casos, la información reunida al hacer la entrevista estructural es por lo general mucho más completa, más rica y más inmediatamente relevante para consideraciones del tratamiento, que el enfoque normal. La información relevante que se refiere al pasado del paciente sigue normalmente de la investigación de su personalidad actual. En todos los casos con estructura neurótica, después de completar la información relativa a la enfermedad actual, es útil obtener una breve historia del pasado. En el contexto de tal acopio de datos, es a menudo posible eslabonar, tentativamente, descubrimientos que se refieren a la personalidad del paciente con información sobre su pasado; una unión que pretende, no probar las hipótesis dinámicas sino los límites de entendimiento e integración espontáneas del paciente sobre su pasado y presente.

Organización límite de la personalidad

Ya he subrayado el grado al que los pacientes con organización límite por lo general contaminan la información sobre el pasado con las dificultades actuales de la personalidad. Esta contaminación es aún más extrema en el caso de enfermedad psicótica funcional. Una exploración cuidadosa de la vida actual del paciente límite con particular énfasis en el síndrome de difusión de identidad —y, en este contexto, la naturaleza de sus relaciones objetales— por lo general prueba ser una rica fuente de datos para clarificar el tipo y gravedad de su patología del carácter. Esta información deberá complementarse con una investigación exhaustiva de síntomas neuróticos manifiestos en la actualidad. En estos casos es preferible explorar el pasado

sólo muy generalmente, y no intentar clarificar, confrontar o interpretar la caracterización del paciente de sus experiencias pasadas; más bien, la información sobre el pasado debe registrarse como se presenta.

Los pacientes con organización límite de la personalidad típicamente presentan difusión de identidad, pero las personalidades narcisistas presentan una complicación importante a este respecto. La personalidad narcisista por lo general tiene un autoconcepto integrado, pero éste es patológico y grandioso. Sin embargo, presenta con claridad una falta de integración del concepto de los demás significantes —facilitando así el diagnóstico de la difusión de identidad y la predominancia de operaciones defensivas primitivas, particularmente omnipotencia y devaluación.

Las características estructurales de la personalidad narcisista surgen con más lentitud en la entrevista estructural que las de la patología límite no narcisista. Por lo general, es en la fase media de la entrevista, con un paciente que claramente presenta buena prueba de realidad y ninguna evidencia inicial de falta de integración del autoconcepto, donde surge en forma gradual una superficialidad extraña o falta de disponibilidad de descripciones en profundo de los demás significantes, junto con una sutil pero totalizadora expresión de autoengrandecimiento, y a menudo, una sutil o no tan sutil, actitud derogatoria o despectiva hacia el entrevistador. A veces, en las personalidades narcisistas con mejor funcionamiento, el diagnóstico surge primero en las descripciones que estos pacientes hacen de sus relaciones con otros, más que en las interacciones con el entrevistador en sí.

En contraste, en la patología límite no narcisista, la encuesta inicial relativa a los motivos de los pacientes para la consulta y sus expectativas del tratamiento, puede traer de inmediato un caudal de información caótica, al parecer impensada, sobre ellos mismos, sus expectativas no realistas del tratamiento e ideas, conductas o emociones, extrañas e inapropiadas en relación con el entrevistador, lo que requiere una evaluación de la prueba de realidad de dichos pacientes. Por ejemplo, una paciente puede comenzar a llorar al exponer sus razones para venir a consulta, y cuando el diagnosticador explore con ella lo que la hace llorar (particularmente la posibilidad de una depresión aguda o grave), la respuesta inmediata puede ser que llora porque sabe que nadie va a hacer caso de lo que ella diga, y que todo el mundo, incluso este psiquiatra, estarán de acuerdo con su madre con quien ella tiene graves conflictos. En contraste, llorar como manifestación de una vulnerabilidad emocional en una estructura esencialmente neurótica (por ejemplo, en una personalidad histérica) puede desaparecer con facilidad bajo la exploración. La paciente reconocerá su rápido cambio de ánimo y la naturaleza inapropiada de su emoción y mantendrá una empatía inmediata, espontánea con la realidad de la presente interacción social.

Cada vez que la interacción emocional inmediata de la sesión se intensifica profundamente en la fase inicial de la entrevista estructural (por la expresión de la conducta, afecto o pensamientos que afectan fuertemente esta interacción), se indica una exploración de estas manifestaciones en el aquí-y-ahora, después de haber completado la exploración de las respuestas del paciente a la encuesta inicial. Ahora hay que tomar una decisión delica-

da: donde la gravedad de las molestias interpersonales del paciente en la interacción inmediata hace surgir en la mente del entrevistador la cuestión de si la prueba de realidad se conserva, se requiere una exploración inmediata de estas molestias. Bajo estas circunstancias, la clarificación y confrontación en el aquí-y-ahora de estas molestias interaccionales pueden clarificar la existencia de la prueba de realidad y asegurar al entrevistador que no está en presencia de una estructura psicótica. Puede entonces volver a la exploración de la patología del carácter del paciente en términos de otros aspectos de su vida, y al mismo tiempo centrarse más en las operaciones defensivas primitivas manifestadas en la entrevista.

Pero cuando no se está cuestionando la prueba de realidad puede haber una ventaja en hacer seguir a la primera encuesta un segundo grupo de preguntas investigando más la vida actual del paciente y sus relaciones con los demás. El propósito aquí, es buscar la confirmación de indicaciones de difusión de identidad en la información del paciente sobre él mismo y su vida social. Sólo después regresaría el entrevistador a las manifestaciones de operaciones defensivas primitivas y relaciones objetales patológicas en el aquí-y-ahora. La pregunta clave es: "Lo que usted me ha dicho sobre su vida me hace pensar en algo que he observado aquí, en esta hora, y me recuerda de estas dificultades que usted mencionó. ¿Pudiera ser que (tal y tal conducta aquí) sea un reflejo, en su relación conmigo, de lo que usted ha dicho que le causa problemas con otras personas?".

Para decirlo un poco diferente, desde el punto de vista de la estrategia de explorar varias síntomas de anclaje, si un paciente con indicaciones obvias de patología del carácter revela tales molestias en el afecto, contenido del pensamiento o conducta, de manera que se cuestione su prueba de realidad, se dará prioridad a la exploración de estos puntos más que a una mayor exploración de los rasgos patológicos de su carácter fuera de la situación diagnóstica presente. Si a pesar de esto, se asegura primero la prueba de realidad, hay una ventaja en obtener antes mayor información sobre los rasgos patológicos del carácter y en reunir más evidencia sobre las dificultades en la vida del paciente fuera de esta situación concreta. El objetivo es reunir información relativa a la difusión de identidad y a las operaciones defensivas primitivas en un área relativamente neutral, primero, y sólo entonces, ligar esta información con la exploración de las implicaciones emocionales de estas manifestaciones caracterológicas en el momento.

El tema de difusión de identidad puede, entonces, generalmente clarificarse y, en algún grado, diagnosticarse las operaciones defensivas primitivas. A veces, sin embargo, en pacientes cuya prueba de realidad al principio parece apropiada, se acumulan en forma gradual otras evidencias que se refieren a su falta de tacto, falta de propiedad social, inmadurez general y arbitrariedad de juicio, y así por el estilo, las cuales pueden requerir una segunda exploración de la prueba de realidad. El entrevistador debe evaluar el grado en el que estos pacientes son capaces de conservar la empatía con los criterios sociales de la realidad, haciéndoles preguntas sobre sus descripciones de las relaciones con otras personas y explorando la naturaleza socialmente inapropiada de algo en la conducta que quizá estén describiendo en una forma convincente.

En el paciente límite típico, los síntomas neuróticos tienden a fundirse con dificultades caóticas difusas y generalizadas, que reflejan un grave malfuncionamiento de la personalidad. Cuando hay falta de integración de la identidad, a menudo es difícil o imposible obtener un panorama comprensivo de la vida del paciente. En el mismo tenor, las historias pasadas de tales pacientes son por lo general no confiables, altamente distorsionadas a la luz de la psicopatología actual. En otras palabras, mientras más grave la patología del carácter, menos confiable —y menos relevante de inmediato— es la historia pasada. Aquí, por lo tanto, en contraste con pacientes con estructura neurótica, es difícil o imposible ligar los conflictos actuales predominantes con material del pasado psicodinámicamente significativo, y el intento por hacerlo es, así, un procedimiento altamente cuestionable. En forma paradójica, sin embargo, los conflictos intrapsíquicos mutamente disociados pueden hacer aparición muy rápido en el contenido manifiesto de las comunicaciones del paciente límite. Los conflictos clave pueden, entonces, estar más directamente asequibles en las entrevistas iniciales con pacientes límite que con pacientes neuróticos, en tanto que los lazos dinámicos con su pasado permanecen obscuros. Por igual, la investigación de la personalidad actual de pacientes con organización neurótica lleva naturalmente a información sobre su pasado. En contraste, la información inicial sobre el pasado obtenida con pacientes con organización límite a menudo no es más que una expansión retrospectiva de conflictos actuales con los demás significantes.

En pacientes con organización límite, particularmente aquéllos con estructura narcisista (ya sea que su funcionamiento expreso sea límite o no), es muy importante evaluar la conducta antisocial. Los rasgos antisociales, junto con la calidad de las relaciones objetales, son variables de pronóstico cruciales para la psicoterapia intensiva en personalidades límite y deberán explorarse siempre antes de que se inicie el tratamiento. En especial en pacientes con personalidad narcisista, es útil explorar en forma discreta si el paciente ha tenido dificultades con la ley y a qué grado estas conductas antisociales como robar, hurtar en tiendas, mentiras crónicas y conducta desordenadamente cruel, son antecedentes significativos. En la práctica, esta encuesta deberá integrarse con información relevante que el paciente presente en otras áreas. Cuando las preguntas son hechas en forma directa y natural, en el contexto de información relacionada obtenida del paciente, las respuestas son a menudo sorprendentemente directas y abiertas. (Naturalmente, el paciente que admite que miente en forma crónica o que "cuenta cuentos", sólo está lanzando una advertencia de que quizá pronto se vea tentado a hacer lo mismo con el terapeuta).

Organización psicótica de la personalidad

La presencia o ausencia de difusión de identidad diferencia la patología del carácter límite del no límite en las entrevistas estructurales. La presencia o ausencia de prueba de realidad diferencia la organización límite de las estructuras psicóticas.

Me refiero aquí a pacientes con enfermedad psicótica "funcional" en contraste con desarrollos psicóticos secundarios a un síndrome cerebral or-

gánico crónico o agudo. Este grupo incluye el espectro total de la enfermedad esquizofrénica, trastornos afectivos importantes y psicosis paranoides que no encajan en los otros dos síndromes psicóticos principales. Todos estos pacientes presentan pérdida de prueba de realidad. En un caso típico de enfermedad psicótica, la respuesta del paciente a la encuesta inicial puede ya indicar ausencia de prueba de realidad y, más aún, una incapacidad tal para responder en forma inteligible a las preguntas del entrevistador, que tiene que evaluarse el espectro total de la enfermedad psicótica y del síndrome cerebral orgánico, agudo.

En el caso extremo de un paciente que sea totalmente no responsivo a la encuesta inicial, el entrevistador deberá primero tratar de explorar con él si ha escuchado y entendido las preguntas. Si el paciente ha podido entrar caminando y en forma obvia se da cuenta y está alerta del entorno inmediato, este mutismo es probable que indique una enfermedad psicótica funcional más que un síndrome cerebral orgánico. Sin embargo, es útil para el entrevistador proceder por todo el perímetro del ciclo de síntomas de anclaje. Explorar el sensorio, luego la memoria e inteligencia, antes de volver a tomar el ciclo para mayor atención sobre la prueba de realidad y síntomas psicóticos importantes en la conducta, emociones, contenido y organización del pensamiento y alucinaciones.

La atención sobre el sensorio puede realizarse comprobando primero la atención del paciente: "¿Le hice unas preguntas y usted no ha respondido, pudo escuchar y entender lo que yo pregunté?". Si el paciente continúa sin responder, es útil averiguar si puede indicar que sí oye, entiende y está de acuerdo o en desacuerdo con algunas de las preguntas hechas, con un movimiento de la cabeza o por medio de cualquier otra señal. Bajo circunstancias tan extremas, es importante clarificar si entiende y está tratando de comunicarse, aun cuando quizá no pueda hablar.

Una falta de respuesta a esta conducta exploratoria por lo general indica negativismo como parte de un síndrome catatónico o de enfermedad esquizofrénica en general o un retardo psicomotor grave en grados extremos de enfermedad depresiva. A veces, en el paciente no responsivo, la comprobación directa de rasgos catatónicos, particularmente negativismo, puede traer a luz una conducta directamente opuesta a las instrucciones dadas, flexibilidad cérea, postura estereotipada o ambas, o conducta que da señales de enfermedad esquizofrénica. En otros casos, sólo una exploración completa de la historia de la enfermedad actual, obtenida de otras fuentes, proporcionaría información más definida. Los pacientes orgánicos cuyo grado de conciencia es suficiente para estar alertas a su entorno, son por lo general capaces de responder a preguntas simples que completarían la exploración del sensorio, como orientación del paciente, grado de conciencia, comprensión y juicio de la situación inmediata. (Porque estas áreas se cubren ampliamente en las guías para el examen estándar del estado mental, no las ilustro con más preguntas concretas).

Si, en el curso de la encuesta inicial, resulta que el sensorio del paciente está claro, uno puede entonces explorar si la falta de respuesta o la respuesta confusa al grupo inicial de preguntas se debió a pérdida de la memoria o falta de inteligencia —o sea, una incapacidad para entender con claridad lo que fue

preguntado o a retener las preguntas lo suficiente en tanto se preparaba una respuesta. De nuevo, sin entrar en un análisis detallado de la pérdida de funciones cognoscitivas que caracterizaría un síndrome cerebral orgánico quisiera subrayar el punto general de que, cuando un paciente demuestra incapacidad grave para responder al grupo inicial de preguntas, los síntomas de anclaje que reflejan anormalidades en el sensorio, memoria e inteligencia deberán explorarse antes de volver al examen de los síntomas de anclaje principales de la psicosis funcional.

Si es evidente que el paciente muestra una perturbación grave en la conducta verbal o no verbal, pero no hay alteración del sensorio, memoria o inteligencia, entonces el entrevistador deberá retornar al grupo inicial de preguntas respecto a qué es lo que trae al paciente a tratamiento, la naturaleza de sus dificultades, qué espera del tratamiento y en que punto se encuentra ahora. Si la respuesta a este segundo ciclo de interrogatorio es todavía inapropiada, confusa y desconcertante, o acompañada de emociones o conducta que parecen inapropiados, el entrevistador deberá ahora centrarse en estas emociones, conducta y contenido de pensamiento patológicos, compatir con tacto sus observaciones con el paciente, y explorar en detalle el grado en el que el paciente puede empatizar con la experiencia del diagnosticador sobre las respuestas del paciente como extrañas o desconcertantes.

Si es claro que la prueba de realidad se ha perdido respecto a cualquier aspecto de la conducta, afecto/emoción o contenido del pensamiento del paciente durante la entrevista, deberá considerarse el diagnóstico de una psicosis funcional, y el diagnosticador puede entonces cambiar a un enfoque diferente hacia las manifestaciones alteradas del paciente, intentando explorar con él los significados posibles de estas manifestaciones en términos de la experiencia subjetiva actual del paciente. En otras palabras, una vez que la pérdida de la prueba de realidad se ha confirmado, hay una ventaja en abandonar en forma temporal un enfoque confrontador y en seguir la experiencia interna del paciente correspondiente a sus manifestaciones de conducta. Más exploración de las experiencias subjetivas del paciente puede llevar a un entendimiento de las conexiones entre su afecto, pensamiento y conducta, y abrir el camino para un diagnóstico diferencial. ¿Está sufriendo el paciente una enfermedad esquizofrénica (con desorganización de estos eslabones) o una enfermedad afectiva (en la que una organización interna liga el afecto, conducta y pensamiento inapropiados, de modo que se mantenga un grado de armonía interna entre estas funciones psíquicas dentro de una organización altamente patológica de ellas mismas)? La evaluación de experiencias alucinatorias puede ahora enriquecer el diagnóstico de pérdida de prueba de realidad formulado antes con base en los procesos interaccionales. La confirmación de alucinaciones indica, por definición, pérdida de la prueba de realidad. De manera similar, el diagnóstico de delirios también confirma pérdida de prueba de realidad y por lo general da mayores pistas sobre la naturaleza de la enfermedad psicótica.

Un principio general de la entrevista estructural con pacientes psicóticos es que, una vez que la clarificación y la confrontación discretas confirman la pérdida de la prueba de realidad, los procesos de pensamiento del paciente, la distorsión de la realidad y la experiencia interna ya no se desafían. Por el

contrario, debiera ahora hacerse un esfuerzo por empatizar al máximo con la realidad interna del paciente para profundizar el entendimiento del proceso psicótico mismo. Por el estilo, en las fases media y de terminación de la entrevista estructural de pacientes psicóticos, el diagnosticador puede en forma implícita ajustar sus intervenciones a las distorsiones graves en la interacción con el paciente, ayudándolo a lograr una fase de terminación de la entrevista no amenazante o reductora de ansiedad.

En el caso de algunos pacientes psicóticos, con quienes la comunicación inicial es mucho más apropiada y libre, donde sólo la exploración de lo que inicialmente apareció como grave patología del carácter lleva al entrevistador a evaluar la prueba de realidad y en forma eventual a la decisión de que ésta se perdió, la entrevista puede lucir mucho más parecida a la del paciente límite típico. De hecho, los pacientes con verdaderas alucinaciones y delirios a veces presentan inicialmente sus delirios o alucinaciones, respectivamente, como ideas o ilusiones (o seudoalucinaciones) sobrevaluadas (y hasta obsesivas). Bajo estas condiciones, puede ser útil explorar a qué grado el paciente está tratando de mantener una evaluación "razonable" o "normal" de su pensamiento o de sus percepciones sensoriales porque él teme que de otro modo podría considerársele "loco".

Por ejemplo, una pregunta ilustrativa podría ser: "Me ha dicho usted que a veces siente que es Jesucristo, pero que, por supuesto, usted se da cuenta de que en realidad no lo es. ¿Podría ser que, muy en el fondo, usted está realmente convencido de que es Jesucristo pero teme que esta convicción se interprete como 'loca' por mí o por los demás?". En otras palabras, cuando los fenómenos delirantes o alucinatorios están potencialmente presentes, la prueba de realidad debería incluir una confrontación, no sólo con la realidad externa sino también con la psicótica, en una forma no amenazante.

Cuando la exploración de la conducta, afecto o contenido del pensamiento, inapropiados, no clarifica la prueba de realidad, y cuando no hay indicación clara de alucinaciones o delirios, puede utilizarse una técnica más avanzada y compleja —a saber, la interpretación en el aquí y ahora de las operaciones defensivas primitivas del paciente. Como sugerí (capítulo 1), la interpretación de las operaciones defensivas primitivas en el aquí y ahora aumenta la prueba de realidad en pacientes con organización límite, pero la disminuye en pacientes psicóticos.

Por ejemplo, una intervención típica interpretando una identificación proyectiva podría ser: "Noto que usted ha estado hablando conmigo en una forma muy cautelosa y con miedo, como si temiera algún peligro relacionado conmigo. También que ha estado frunciendo el ceño con algunas de mis preguntas (por ejemplo. . .). ¿Pudiera ser que teme que yo podría pensar mal de usted o atacarle en alguna forma, porque tiene miedo de algunas tendencias similares en usted mismo, tales como sentirse crítico o enojado hacia mí?".

La interpretación de las operaciones defensivas primitivas es difícil. El diagnosticador debe desarrollar una hipótesis sobre la naturaleza de las relaciones objetales primitivas, fantásticas, disociadas que se activan. También desarrollar una hipótesis sobre la función defensiva de esa operación defensiva primitiva. Luego, debe compartir su hipótesis con el paciente.

A veces, puede haber cambios notables hacia la mejoría o empeoramiento de la interacción inmediata, después de una hipótesis interpretativa tal. Otras veces, la respuesta es incierta. Los pacientes con enfermedad psicótica paranoide que han preservado suficiente conciencia de la realidad para esconder sus pensamientos o temores reales, pueden simplemente mostrar evasividad aumentada después de tales intervenciones exploratorias. Algunos de los más difíciles retos para la entrevista estructural (así como para todos los enfoques diagnósticos) se presentan por pacientes paranoides en quienes el diagnóstico diferencial entre personalidad paranoide y psicosis paranoide no es claro. Pueden requerirse entrevistas diagnósticas repetidas para alcanzar una conclusión más definida.

En el caso de pacientes con enfermedad psicótica activa, particularmente esquizofrenia y enfermedad maniaco-depresiva, el enfásis principal de la entrevista estructural debiera ser sobre la naturaleza de los síntomas que se presentan, con el objeto de diferenciar las psicosis importantes y los subtipos dentro de ellas. En estos casos y en pacientes con síndrome cerebral orgánico y pérdida de la prueba de realidad, la investigación sistemática de la historia de la enfermedad actual, así como la historia pasada, por lo general requiere alimentación de otras fuentes, y no forma parte de la entrevista estructural en sí.

Síndromes cerebrales orgánicos, agudo y crónico

Como se mencionó, la incapacidad de un paciente para responder apropiadamente al grupo inicial de preguntas puede indicar una alteración del sensorio (típico de un síndrome cerebral orgánico agudo) o un grave déficit de memoria e inteligencia (típico de un síndrome cerebral orgánico crónico). Cuando el paciente está al parecer consciente y, no obstante, no responsivo a la encuesta inicial o, aunque responda a ella, revela grave desorganización en su respuesta, reacción mínima o inadecuada, o una actitud general de confusión o perplejidad, lo indicado es hacer un recorrido del ciclo de los problemas que se presentan a la evaluación del sensorio, memoria e inteligencia.

La evaluación del sensorio, incluyendo la atención espontánea e inducida del cliente, su orientación, grado de conciencia, comprensión y juicio, puede clarificar si existe un estado de confusión característico de un síndrome cerebral orgánico agudo o si este estado de confusión representa una psicosis funcional aguda, particularmente esquizofrenia aguda (un trastorno esquizofreniforme en el DSM-III). La evaluación discreta del darse cuenta del paciente respecto de sus dificultades para entender las preguntas del entrevistador o la situación total de la entrevista, puede en forma gradual producir evidencia de desorientación, disminución de conciencia y dificultad difusa para entender conceptos —lo es típico de un síndrome cerebral orgánico agudo. En contraste, las respuestas altamente idiosincráticas, en las que coexisten la perplejidad y confusión con formulaciones extrañas pero organizadas, son más características de la esquizofrenia. Una serie de preguntas directas que se ocupan de clarificar y confrontar las dificultades que el paciente experimenta para comunicar o explorar sus capacidades para la introspección, pueden contribuir al diagnóstico diferencial de estados de confusión orgánicos y esquizofrénicos.

Con pacientes cuya dificultad para entender y responder a la encuesta inicial parece reflejar en mayor grado un déficit en la memoria y en el entendimiento intelectual, ventilar en forma abierta estas dificultades puede facilitar una evaluación sistemática de las funciones de memoria e inteligencia (particularmente la abstracción). Por ejemplo, el entrevistador podría comentar: "Tengo la impresión, por su reacción, que está usted luchando con problemas de concentración o de memoria. ¿Puedo hacerle algunas preguntas para clarificar si, en verdad, tiene usted alguna dificultad con su memoria?". Esta pregunta puede iniciar la transición hacia una evaluación sistemática más estándar de la memoria e inteligencia.

Si, y cuando, los déficit de memoria e inteligencia se confirman, el entrevistador puede en forma tentativa explorar con el paciente el grado al que se da cuenta de, o se preoçupa por, sus dificultades para recordar o formular su pensamiento claramente y lo inquietante que es esto para él. Si el paciente es incapaz de entender sus dificultades obvias o las niega con vehemencia una confrontación discreta puede comprobar las discrepancias entre lo que el diagnosticador observa y la reacción del paciente. Si esta confrontación aumenta la negación, puede asumirse pérdida de la prueba de realidad respecto a tales déficit orgánicos, y el entrevistador puede confirmar un diagnóstico tentativo de demencia (o sea, un síndrome cerebral orgánico crónico con pérdida secundaria de la prueba de realidad).

En un caso menos grave de síndrome cerebral orgánico crónico, el paciente puede presentar alguna conciencia de sus dificultades y reconocerlas. Sin embargo, puede haber una falta de ansiedad o depresión apropiadas por esta pérdida, lo que también puede indicar cambios en la personalidad y pérdida de prueba de realidad que corresponden a la demencia. Bajo estas condiciones, antes de explorar las discrepancias entre los déficit de memoria e intelectuales del paciente, por un lado, y su estado afectivo, por el otro, ayudará explorar si ha experimentado dificultades en relación con los estudios, trabajo, otras personas y su vida social en general. La investigación de los síntomas de síndrome cerebral orgánico crónico es así ampliada, vía el "reciclaje" a través de la evaluación de síntomas neuróticos y rasgos patológicos del carácter en la vida social del paciente.

De esta manera, la entrevista estructural puede contribuir al diagnóstico diferencial de estados de confusión (orgánico vs. esquizofrénico) y a la evaluación de la gravedad del deterioro de la personalidad y pérdida de la prueba de realidad en el síndrome cerebral orgánico crónico —o sea, la evaluación de demencia.

Por lo general, cuando el entrevistador ve que el paciente tiene gran dificultad para responder a la encuesta inicial o parece muy ansioso, deprimido o confundido, él debería compartir sus impresiones con el paciente. Más todavía, preguntar si estas impresiones corresponden con los sentimientos del paciente sobre él mismo, y si parte de su aprensión o temor puede relacionarse con la entrevista misma. De hecho, este enfoque sobre la expresión de intenso temor y aprensión debería aplicarse a los pacientes a lo largo del espectro total de la psicopatología. Los casos psicóticos y orgánicos y los pacientes con graves rasgos paranoides de personalidad y fuertes grados de inhibición social (timidez, vergüenza y otros parecidos) pueden aparecer in-

tensamente ansiosos en la entrevista, en especial en la fase temprana. Por otro lado, la encuesta inicial con sus propiedades estructuradoras, puede tener un efecto tranquilizante y alentador sobre los pacientes no orgánicos, no psicóticos, al modificar sus fantasías no realistas sobre la entrevista misma. Por lo tanto, la persistencia de ansiedad intensa después de la encuesta inicial, usualmente indica psicopatología grave de algún tipo.

LA FASE DE TERMINACION DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Una vez completada la exploración de síntomas neuróticos y rasgos patológicos del carácter, operaciones defensivas predominantes, difusión de identidad, prueba de realidad y los principales síntomas de anclaje psicóticos u orgánicos, el entrevistador deberá ahora reconocer ante el paciente que él ha completado su tarea. Deberá invitar entonces al paciente a darle información relativa a los puntos adicionales que éste considere importantes o que piense que el entrevistador debe conocer. Una pregunta muy útil sugerida por el Dr. Robert Michels (comunicación personal, 1981), es "¿Qué piensa usted que yo debería haberle preguntado y no lo he hecho todavía?". Esta pregunta puede a veces llevar a información nueva de importancia o a mayores reflexiones sobre áreas ya exploradas. También da oportunidad para que el paciente exprese las ansiedades activadas durante la entrevista, las que ahora pueden ser exploradas más aún y ser disminuidas al introducir consideraciones sobre la realidad.

Es importante dejar suficiente tiempo al final, no sólo para que el paciente haga preguntas sino también para que el entrevistador responda a ellas y manejar la ansiedad inesperada y otras complicaciones. El entrevistador puede decidir que se requieren más entrevistas antes de llegar a un diagnóstico definitivo, que tal vez ambos participantes necesitarán más tiempo para pensar antes de discutir recomendaciones para el tratamiento o quizá que una disposición para tratamiento puede completarse ahora. En todo caso, el proceso de toma de decisión deberá compartirse con el paciente. El entrevistador puede decirle que ya ha conocido bastante de él como para hacer una recomendación o que siente que le gustaría continuar el proceso diagnóstico; en ambos casos, el entrevistador quizá desee obtener información pertinente de otras fuentes.

La terminación de la entrevista estructural es una oportunidad crucial para evaluar la motivación del paciente para continuar el proceso diagnóstico, el tratamiento o ambos, el manejo de peligros graves diagnosticados que requieren acción urgente (por ejemplo, riesgo agudo de suicidio en pacientes gravemente deprimidos), y el grado al que el paciente puede tolerar y responder en forma positiva a las declaraciones respecto a sus problemas según los percibe el entrevistador. Toda consulta deberá implicar la posibilidad para el diagnosticador de ampliarla con varias entrevistas adicionales si fuera necesario. La presunción mágica del paciente, de que todas las conclusiones diagnósticas pueden hacerse en una o dos entrevistas, deberá explorarse en forma realista si fuera necesario. La mayoría de los pacientes por lo general apre-

cian cuando un psiquiatra reconoce honestamente que, aunque se ha enterado de mucho, todavía no sabe lo suficiente para decidir cuáles, si hay alguna, son las necesidades del tratamiento.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ADICIONALES SOBRE LA ACTITUD DEL ENTREVISTADOR

La entrevista estructural requiere de tiempo, incluyendo tiempo para sentir la experiencia y para pensar en tanto la entrevista se desarrolla. Por lo tanto, recomiendo que se reserve cuando menos hora y media para una entrevista inicial. En nuestro proyecto de investigación del diagnóstico límite (Kernberg y cols., 1981), después de mucho experimentar, decidimos dos periodos de 45 minutos, separados por una pausa de 10 a 15. En mi práctica privada a menudo aparto las dos últimas horas de tratamiento del día, para la entrevista inicial de un nuevo paciente.

El que diagnostica deberá sentirse cómodo, relativamente en "su mejor forma", en el sentido de no ser perturbado por consideraciones extrañas, y capaz de permanecer emocionalmente alerta y receptivo, sin embargo, esto muy en el fondo, en tanto que toda su atención se centra sobre el paciente. A pesar de (o a causa de) su actitud no entrometida, el entrevistador puede aparecer inicialmente al paciente como una persona "ideal"; puede despertar fuertes tendencias hacia la idealización o dependencia en los pacientes con una capacidad para la confianza básica, sin tomar en cuenta las ansiedades y dificultades que los trajeran a tratamiento. En pacientes con graves perturbaciones en sus relaciones objetales e incapacidad para la confianza básica, disposición paranoide o intensa envidia inconsciente, la calma misma, la receptividad y "despreocupación" del diagnosticador pueden evocar sospecha, resentimiento, temor o desprecio.

En todo caso se establece rápidamente una doble relación entre el paciente y el entrevistador: una, realista, socialmente apropiada, de paciente y terapeuta, y otra, subyacente, más o menos sutil, que refleja las disposiciones predominantes de transferencia del paciente y las correspondientes disposiciones potenciales de contratrasferencia del diagnosticador. Las últimas activan conjuntamente una relación objetal "fantástica", conflictiva (en el sentido de una fantasía y de su naturaleza no realista). Las expresiones tempranas de disposiciones conscientes o inconscientes, eróticas, agresivas, afectivas de dependencia o ambas, por parte del cliente crean no sólo una conciencia cognoscitiva de ellas en el diagnosticador, sino también disposiciones afectivas concordantes o complementarias en éste (Racker, 1968).

El diagnosticador se enfrenta a la tarea simultánea de (a) explorar el mundo interior subjetivo del paciente, (b) observar la conducta e interacciones del paciente con él, y (c) utilizar sus propias reacciones afectivas hacia el paciente para clarificar la naturaleza de la relación objetal subyacente, activada. Esta relación objetal subyacente es el material básico que deberá permitir al entrevistador formular interpretaciones tentativas en el aquí y ahora de las operaciones defensivas del paciente, si tales operaciones se hacen evidentes, dominantes y requieren exploración.

Desde una perspectiva diferente, el diagnosticador también elabora en su propia mente un modelo de la imagen del paciente sobre él mismo, la representación de su sí mismo. Al mismo tiempo, explora el grado en el que las comunicaciones del paciente en realidad se prestan a elaborar dicho modelo. El diagnosticador también hace el intento por elaborar en su mente un modelo de los demás significantes con quienes el paciente está interactuando en su vida, y hace la misma petición: si es posible obtener una representación integrada de ellos. Aquí, por supuesto, el diagnosticador está evaluando la integración de la identidad vs. la difusión de identidad.

Desde otra perspectiva aún diferente, el diagnosticador está evaluando lo que aparece como más inapropiado en el afecto, contenido de pensamiento o conducta del paciente, preparándose a sí mismo a explorar sus percepciones con él en una forma honesta pero llena de tacto, evaluando, en este contexto, la capacidad del paciente para empatizar con la experiencia del diagnosticador —lo que reflejará, en un nivel, la capacidad del paciente para la introspección o el "insight" y, en un nivel diferente, la capacidad del paciente para la prueba de realidad.

Desempeñar todas estas tareas es difícil; requiere conocimiento de, y experiencia en, el examen estándar del estado mental, experiencia psicoterapéutica en trabajo interpretativo de desarrollo de transferencia y experiencia clínica con un amplio espectro de pacientes psiquiátricos. Es, sin embargo, una técnica que puede ser enseñada y adquirida por los residentes psiquiátricos talentosos de tercer año, y desarrollarla con la experiencia y práctica personal. La entrevista estructural representa lo que pudiera llamarse una "segunda generación" de la previa "entrevista dinámica", que reflejaba el impacto de un marco de referencia psicoanalítico en la entrevista diagnóstica de la psiquiatría descriptiva.*

* Para las implicaciones de la investigación de la entrevista diagnóstica vease Carr y cols. (1979), Bauer y cols. (1980) y Kernberg y cols. (1981).