

Conferencia: “Estrategias de la primera entrevista para el establecimiento de la relación terapéutica”

Dr. Lucio Balarezo

Presentación:

Vice-Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Ecuador.

Profesor de grado y postgrado en varias Universidades de Ecuador.

Socio fundador y Presidente de la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas.

Presidente de la Asociación Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa A.LA.PSI

Autor de varios libros en asesoramiento y psicoterapia.

Muchas gracias por la invitación Margarita. Estamos aquí para hablar de un tema, que a lo mejor, no es tan diferente de todo lo que hemos tratado en estos dos días, pero lo que queremos es exponerles nuestras experiencias, sobre algo que resulta fundamental, y es cómo manejar la primera entrevista, en términos de provocar una adherencia de los pacientes al tratamiento, porque si los pacientes no retornan a la segunda entrevista, o a la tercera o a la cuarta, suponemos que todo esfuerzo que hagamos, desde cualquier modelo, resulta infructuoso.

Desde nuestro modelo integrativo, nosotros trabajamos básicamente sobre el aspecto fundamental, lo teórico, aquí vemos los diferentes niveles en los que nos desenvolvemos.

Observen ustedes que partimos de un primer nivel, que es un nivel filosófico, nivel epistemológico, y el aspecto teórico se fundamenta en la personalidad. Me ha agrado mucho escuchar las exposiciones, porque precisamente conceptuamos la personalidad en las diferentes dimensiones y obviamente, lo práctico, que se refiere a lo ecléptico, que se manifiesta en una sensibilidad técnica, porque sabemos que hay una gran variedad de técnicas, y estudiar todas esas técnicas nos llevaría toda la vida y no lo lograríamos hacer.

¿Cómo conceptuamos la personalidad? Observen ustedes que la personalidad la determinamos como una estructura psíquica dinámica constituida por factores biológicos, no se puede pensar en una corriente, en una escuela psicológica que actualmente prescindiera de ese componente, factores psicológicos y socioculturales interrelacionados entre sí, que posibilitan una construcción singular en el percibir, pensar, sentir y actuar del sujeto, y cuya manifestación puede ser compartida por otros individuos.

Intentamos aquí resolver las dos posiciones antagónicas de la Psicología: lo ideográfico y lo nomotético.

Si bien, la singularidad del individuo es innegable, cada quién responde al entorno y al contexto sociocultural de una manera específica, pero somos seres humanos y concomitantemente tenemos formas de pensar, de sentir y de actuar, que obviamente, nos asemejan el uno al otro.

Esto es una representación de lo anterior, vean ustedes, una categoría biológica, sociocultural, y pensamos que lo psicológico es una categoría que surge de una interrelación entre estas dos categorías, lo psicológico no es ni biológico ni sociocultural, sino un producto, una categoría superior de la interrelación de estos dos componentes, y obviamente, la personalidad como eje fundamental en este modelo.

¿Qué representa este cuadro? Se nos va el paciente, y hacemos todos los esfuerzos por retenerlo.

Veamos que ocurre en la deserción en psicoterapia. Quizá en el tratamiento psicoterapéutico, el tema de la deserción es uno de los temas más complejos, en la medicina, probablemente no tanto porque la adherencia del paciente es mayor, pero en psicología una de las tareas más importantes es lograr la adherencia del paciente. Hay modelos que hacen lo inaudito, para que el paciente se mantenga en el proceso terapéutico. Hay algunos esquemas conductistas en los que le hacen firmar un acuerdo, un acuerdo para cinco sesiones, y hay cosas insólitas que se hacen en ese sentido.

Por lo tanto, cómo se detiene la deserción, o la interrupción del tratamiento, por cualquier causa sin acuerdo previo ni resolución del problema. Miren ustedes los términos que se relacionan, no culminación del proceso, abandono del tratamiento o terminación prematura o temprana.

Algunos datos, observen ustedes:

La tasa de abandono del tratamiento en los tres meses luego de la entrevista inicial, alcanza el 73 ¿qué significa? Que en los tres meses de los 100 pacientes que hemos tenido, los 100 se nos han ido.

La mayor deserción ocurre entre la 5ª y la undécima sesión, cuando el tratamiento no es combinado, al parecer la mejor adherencia ocurre cuando el tratamiento es mixto, farmacológico y psicoterapéutico.

El género que más deserta es el femenino, parece que aquí los datos son inconsistentes, claro, en mi experiencia yo pienso que es mayor la adherencia en las mujeres para el tratamiento.

Las investigaciones focalizadas en el momento en que se produce el abandono, durante las primeras semanas y/o consultas se producen las deserciones. El abandono es alto inicialmente y se estabiliza a medida que avanzan las sesiones, esto parece cierto, si pasan de cinco u ocho sesiones, el paciente tiende a prevalecer en el mismo. El 76.5 de casos estudiados, abandona entre la 1ª y la 4ª sesión. Precisamente, traemos esta charla, porque nosotros pensamos que, en los momentos actuales, se deben mantener y manejar porcentajes mucho más bajos, nosotros hemos hecho un estudio empírico de nuestra primer entrevista, logramos cifras alrededor del 20%.

El 79% de abandonos se produce con menos de tres contactos. Entre el 26 al 50% no acude a la primera entrevista, o hacen la consulta pero después no concurren; entre el 9 y 40% no acuden a la primera cita; entre 30 y 60% abandonan el tratamiento en el primer año, la mayoría se produce antes de las cuatro primeras citas, parece que las cinco primeras, sí son cruciales en el tratamiento psicoterapéutico.

¿Qué produce la deserción? La deserción puede enfocarse en términos de: características del paciente, del terapeuta, de la propia relación y de las condiciones ambientales

En el paciente, factores socioculturales, les comento que la situación ecuatoriana, que es distinta a la de Uruguay, Argentina y de Chile por ejemplo, yo siempre recalco que nuestros pacientes tienen una escasísima cultura psicológica y psicoterapeuta y eso causa tremendos problemas en el momento de convenir el proceso psicoterapéutico.

Desde luego, las características de personalidad, al final les presentaré algunos elementos que hemos tomado en cuenta, de acuerdo a los rasgos y características de personalidad, para mantener la adherencia del paciente.

La falsa percepción sobre la curación o arreglo. Esta escasa cultura, generalmente vive el proceso terapéutico como el tratamiento médico, que como suelo decir, cuando vamos ante un médico esperamos una receta, cuando vamos al psicólogo, generalmente buscamos también una receta para el alma, una receta espiritual, y por las condiciones económicas en nuestro país, que parecer ser un problema que se expande a muchos países, nuestro paciente cuando el médico le receta algo, no va a la farmacia o botica y compra la receta, la primera interrogación que hace es cuánto cuesta la receta, y cuando le dicen 60 dólares, pues dicen, déme la mitad, si le envían 20 pastillas, comprará 10, o preguntan cuáles son los medicamentos más baratos y comprará esos. Pero si compra 10 no ingiere las 10, toma 2 y si los síntomas desaparecen guarda las otras, esa es la tétrica realidad, entonces, puede haber una falsa percepción, generalmente los pacientes piden recetas psicológicas, o puede haber una desmotivación por un resultado, porque otra característica de nuestros pacientes es la inmediatez, es decir, si voy por depresión, si voy por ansiedad, necesita que eso se arregle en dos o tres sesiones, inclusive, los padres son muy renuentes cuando acuden con sus hijos, generalmente dicen: bueno cúrele a mi hijo la enuresis, pero a mi no me llame a las consultas, y los amigos también les aconsejan, no lo llevarás ante el psicólogo por que te genera problemas, claro, porqué tiene que venir a contar las dificultades conyugales que tiene.

La edad, se ha comprobado que la edad más difícil es la adolescencia y creo que en eso participamos todos.

Otro factor de abandono habitual es el cambio de residencia.

En el psicoterapeuta, los errores técnicos. Pensaríamos nosotros que si se maneja apropiadamente la primera entrevista y el resto del proceso, evitaríamos deserciones.

El encuadre incompleto o ausencia.

Los fenómenos contratransferenciales y esto es grave, los estudiantes a los que supervisamos, dicen que en muchas oportunidades, se les ocurre, ojalá no venga tal paciente, porque me hace acordar a mi padre que era un padre castigador. Si no resuelven los problemas personales, difícilmente van a poder atender a pacientes en debida forma.

La carencia de empatía. La empatía es una condición básica fundamental dentro de contexto psicoterapéutico.

Y en el entorno encontramos, condiciones temporales y espaciales, aspectos de tiempo, de distancia y económicos, si en Ecuador le dice a un paciente que le cuesta 60 dólares la consulta, le dice, mire doctor yo vine a arreglar mi problema, no el suyo.

La falta de privacidad que ocurre en muchas oportunidades.

Para ubicarnos en la primera entrevista, nosotros hablamos de las etapas durante el proceso: motivaciones que observamos en el paciente, investigación, planificación, el proceso en sí y la evaluación.

Pero aquí juzgamos que hay dos componentes fundamentales: la relación y la técnica. Priorizamos nosotros el fenómeno de la relación. Los factores inespecíficos tienen que ver mucho con la relación, al final, ¿qué le cura al paciente?, no es por el modelo, no es por la técnica, hay estudios que especifican que el dominio de la técnica cubre el 15 % del éxito de la psicoterapia, de manera que podemos saber 2000 técnicas, con eso garantizamos el 15% de nuestra eficacia psicoterapéutica.

Aquí tenemos dos etapas: la primera que considera las expectativas y motivaciones de inicio del proceso. Que importante es trabajar con el paciente en ese tema, con el paciente y sus familiares. Hace 15 días llegaron dos padres con la siguiente demanda, el hijo era gay, un hijo de 17 años, el padre se enteraba hace una semana, todos sabían menos el padre, y ¿cuál era la demanda del padre?, la demanda del padre en el tratamiento psicoterapéutico según él era, que el psicólogo le vuelva heterosexual. Y cuando yo le pregunto, y su hijo quiere venir, dice: no, ni muerto, sin embargo, la expectativa del padre era esa. La expectativa de la madre era otra totalmente diferente, la expectativa de la madre era que el padre acepte la calidad de homosexual de su hijo, el padre no quería aceptar, el otro hijo, intentó suicidarse para que el padre acepte, miren ustedes la conflictiva familiar. Entonces, apuntar a esto, el terapeuta sobre quién tiene que trabajar, a quién tiene que satisfacer, cómo lograr que la familia entre en arreglos y en acuerdos, es fundamental aquí.

La segunda etapa tiene que ver con la investigación clínica, aquí es donde ubicamos la primer entrevista. Nosotros hacemos una investigación clínica, una investigación de personalidad y una investigación del entorno.

La tercera, cuarta y quinta etapa, no es motivo de esta charla.

Aquí observamos la primera etapa. Determinar las expectativas y motivaciones de inicio del proceso.

En la demanda psicológica consideramos algunos aspectos:

El origen. El origen del paciente, los familiares, los profesionales. El trabajo interdisciplinarios se fundamenta precisamente en este tipo de temática. Yo he escuchado que lo que ocurre en las enfermedades, llamémosles sintomáticas, es más fácil decirlo, cuando le envía el urólogo o el gastroenterólogo al psicólogo a consultarse, lo primero que hace el paciente es negarse, o tal vez, se sienta ofendido por mandarlo donde el psicólogo, y cuando el urólogo lo manda por un problema de disfunción sexual, la primera entrevista es sumamente interesante, porque el paciente gasta veinte minutos en plantearnos una serie de dificultades, y cuando le preguntamos, en qué puedo servirle, dice, en verdad no sé por qué me mandó el urólogo, de nuevo a escucharlo y después de cuarto de hora le vuelvo a decir, y ¿en qué te puedo ayudar? Y me dice, verá no sé por qué me mando, pero yo soy casado, ya veinte años, tengo una

mujer fabulosa, tengo tres hijos formidables, abanderados, primeros puestos, si, ¿pero en qué te puedo ayudar?, no me ha pasado siempre, sólo me ocurrió una vez. Entonces le resulta muy difícil verbalizar su dificultad y su problema, por lo tanto, uno debe analizar, miren ustedes de dónde proviene la demanda.

Obviamente que, cuando la demanda es del mismo paciente, el proceso psicoterapéutico se va a facilitar.

¿Qué tipo de demanda es? Si es implícita o explícita. Generalmente este es el denominado motivo de consulta, pero el motivo de consulta está ocultando una serie de dificultades y problemas que los denominamos: demanda implícita.

Las experiencias y significados previas a la primer entrevista

Qué interesante es discutir con el paciente, si ha tenido experiencias psicoterapéuticas previas. Un caso, cuando fue a la consulta y me hizo el relato de la demanda, yo le pregunté, ¿le ha visto alguien antes?, me dijo si, me fui donde un profesional y le conté lo mismo que le estoy contando a usted, pero no regresé, ¿y por qué no regresó?, será porque le conté el problema y me dijo: recuéstese, entonces la señora le dijo: discúlpeme doctor, yo me siento bien querría quedarme así, y él terapeuta insistió, tiene que recostarse, la señora le dijo, no me recuesto, y entre acuéstese y no me acuesto, transcurrió un tiempo enorme, pero luego le hizo una interpretación, ustedes saben que en algunas corrientes manejan las interpretaciones, y estaba interpretándole transferencia, y yo juzgaba, yo no correspondo a esa línea, pero me parece que la interpretación que él hacía era correcta técnicamente, le dijo: señora usted no quiere acostarse porque teme ser agredida sexualmente por mí, tenía razón el terapeuta, en el contexto si, probablemente si, pero no juzgó el timing, que es algo fundamental para hacer una intervención, finalmente la señora no se acostó.

A eso nos referimos, con el análisis de las experiencias y significados previos a la primera entrevista que tenemos. Y la cuestión de las demandas, como en el caso del padre con el hijo gay. Miren ustedes, hay que adecuar qué demanda el cliente, qué demandan los familiares, e inclusive, el terapeuta qué puede hacer por ese paciente.

Y aquí tenemos la segunda etapa: la investigación clínica, de personalidad y del entorno.

En la primer entrevista, tratamos de establecer la relación terapéutica para que afiance la relación. Es necesario diferenciar en esta primer entrevista, si es un entrevista de psicodiagnóstico, o es una entrevista de inicio del proceso.

El primer encuentro entre paciente y terapeuta, después de superadas las resistencias iniciales.

Para nadie es fácil ir donde un psicólogo y contar sus problemas, no? Miren ustedes, los tipos de primeras entrevistas que es fundamental distinguir, porque no nos debemos desesperar porque todos los pacientes deben someterse a psicoterapia. Establecemos nosotros una diferencia entre la entrevista que es psicodiagnóstico, en este caso nos interesa exclusivamente llegar al diagnóstico. El psicólogo debe, en muchas oportunidades, rendir un informe en su lugar de trabajo, pero no tenemos aquí, ninguna

estrategia para mantener un proceso psicoterapéutico, el interés fundamental es el diagnóstico.

La primera entrevista de consulta, cuando un padre nos consulta a cerca de la conducta de su hijo, cuando indudablemente hay personas que ni siquiera dicen el nombre, les comento esta experiencia también, una señora de 65 años, soltera, muy católica, era soltera y era virgen también, empiezan a presentársele no sólo ideas, sino también, deseos sexuales, pero la señora tuvo esta demanda: después de comentarme toda su historia, ella quería que hubiera una demanda, yo quiero que usted me hipnotice y me retire esto que estoy pensando, y ella me dijo, yo vengo sólo esta vez, usted me hipnotiza y me quita el apetito sexual, imposible, y obviamente no supe ni el nombre, porque no me dio el nombre, pero era una entrevista que iba a convertirse en inicio de proceso, y de estos hay muchos casos. Otra señora acudió para pedir información sobre su esposo, que probablemente tenía Demencia de Alzheimer, entonces lo que ella quería era, escuchar del psicólogo cómo debía actuar hacia su esposo. Aquí, somos más directivos y generalmente hacemos un asesoramiento, es el tipo de entrevista que se aplica en el caso de niños abusados sexualmente.

Y la que nos interesa en este momento, es la primera entrevista que se transforma en una entrevista inicio de proceso. Los elementos terapéuticos que nosotros utilizamos: obviamente que el rapport todos sabemos que es fundamental y las actitudes que favorecen el rapport por parte del terapeuta: la confiabilidad, la confianza, la comodidad, la comprensión, el interés.

Nos aproximamos desde la primer entrevista, al diagnóstico de la personalidad pre mórbida y el diagnóstico del entorno.

Tenemos interés en este tema que lo llamamos confesión o definición emocional, que es el relato libre del problema o trastorno, muchos autores han hablado del efecto placebo de la confesión, lo que todos sabemos: si hablo de mi problema, me alivio. Pero para hablar de definición emocional, tenemos que tener dos requisitos: que el relato sea fidedigno y que se produzca una expresión emocional durante el relato. No estamos diciendo que esto hay que forzarlo, a veces hay que esperar unas dos sesiones para que se produzca, pero si podemos hacerlo desde la primera entrevista, muy bien. Debemos mantener una actitud no directiva y empática. Las estrategias estimulativas y de apoyo, son también muy importantes.

A cerca de las expectativas del tratamiento, la idoneidad del terapeuta.

Hay que encuadrar en la primer entrevista, ¿sobre qué encuadramos?, sobre todos los aspectos que están aquí señalados.

Bien, aquí estamos tenemos algunas consideraciones de la primera entrevista de acuerdo al trastorno. Hay que investigar el nivel de integración que tiene el paciente, el grado de cohesión que tiene el paciente sobre su trastorno y la flexibilidad que despliega en la primer entrevista.

¿Cómo nos acercamos de acuerdo a la personalidad del paciente?. Hemos hablado de cuatro dimensiones, las personalidades de acercamiento afectivo, las de acercamiento

cognitivo, las de acercamiento comportamental, las de acercamiento distante y de acercamiento permisivo.

Entonces, ligeramente, ¿cuáles son las aptitudes?:

En las personalidades afectivas como las ciclotímicas (no estoy hablando de trastornos de personalidad, sino de rasgos de personalidad), aquí se utilizan componentes afectivos para lograr la alianza terapéutica.

En las personalidades que denominamos de acercamiento cognitivo, ejemplo la paranoide, hay que demostrar que uno conoce y que sabe.

En las de acercamiento comportamental, ejemplo, el trastorno de personalidad disociada, aquí las propuestas son directas y concretas.

En las de acercamiento distante, un manejo tolerante y en el caso de las de acercamiento permisivo, también un manejo tolerante, amistoso y calmo.

Esos son los problemas básico de acuerdo a las personalidades. En el paranoide hay que saber esperar, hay que ser franco y manejar la lógica, en la ciclotímica, hay que ser afectivo, pero hay que saber manejar las distancias y mostrarse dispuesto a ayudar, en la esquizoide, se establece un vínculo social, esto es muy complejo y difícil, hay que respetar la intimidad, la dependiente, hay que evitar el apego afectivo, hay que manejar un control adecuado sobre la directividad, porque tiende a afianzarse mucho en el terapeuta, en el evitativo, confianza social y apoyo emocional, en el inestable, claridad y objetivos precisos, y este es el más complicado, el trastorno disocial, donde necesita rigidez en la relación.

En la primer entrevista hay que recolectar suficiente información para determinar la demanda, el problema y el trastorno de la personalidad, hay que establecer una relación afectiva apropiada, encuadrar apropiadamente el proceso para reforzar la motivación por el tratamiento y lograr el afianzamiento de la relación terapéutica.

Al final, debemos realizar las siguientes interrogaciones:

¿logré que el paciente hable con libertad de su problema? ¿o fui demasiado directivo?, eso es fundamental.

¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?

¿tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades del tratamiento?

¿tengo alguna idea de lo que puedo lograr con este paciente?

¿él tiene confianza en mi como psicoterapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?. Esto se consigue con psicoeducación, él debe saber qué es la psicoterapia, qué posibilidades de tratamiento tiene.

¿se escuchó comprendido en su problema?

¿terminó convencido de las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?

¿he llegado a las conclusiones diagnósticas apropiadas?

¿he identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?

Esto es lo que hemos considerado nosotros como una guía, en la formación como psicoterapeuta, tengo que aprender a manejar este interrogatorio para juzgarme cómo he manejado la primer entrevista.

Esto es lo que quería compartir con ustedes.