

**A ENTREVISTA MÉDICO-PSICOLÓGICA, CON ORIENTACIÓN HUMANÍSTICA A
LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL**

DR. RAFAEL REYES VÁZQUEZ

MÉDICO PSIQUIATRA

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL, FACULTAD DE
MEDICINA**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**SERVICIO DE SALUD MENTAL, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.
O.D.SECRETARIA DE SALUD**

Lo siguiente está dirigido principalmente a los estudiantes de medicina, a aquéllos que **acaban de iniciar su entrenamiento clínico. La meta de este escrito es orientar de una** manera clara lo que para mí es la entrevista más importante que se tiene con el paciente: LA PRIMERA ENTREVISTA, bajo una orientación psicodinámica y humanística.

Aclaro que la primera entrevista define todas las subsiguientes consultas, dado las siguientes consideraciones: El paciente llega a nosotros en un estado de sufrimiento, con dolor, ansiedad, incertidumbre, duda o cualquier estado emocional en dónde la contención que se le dé lo tomará como un acto de atención y empatía, mismos que difícilmente se olvidarán. En ella, podremos utilizar una serie de habilidades psicosociales como darle la mano al paciente, presentarse ante él, ofrecerle asiento, disponerse a escucharlo

acerca del padecimiento y enfermedad que presenta, realizar la historia clínica como documento primordial para efectuar un diagnóstico y tratamiento. Poder expresar al paciente el conocimiento de lo que le sucede y la esperanza de una mejoría de la enfermedad que presenta, así como al despedirlo ofrecerle la mano y dar la seguridad de que en cualquier momento que nos necesite acudiremos al llamado.

1- PRESENTACIÓN.- Aquí me referiré básicamente al momento más importante dentro de la primera entrevista y equivale a cuando tenemos de frente a nuestro paciente. Lo primero a realizar es el saludarlo de mano (Leyden, 1900, decía que el primer acto del tratamiento es ofrecerle la mano al paciente) y proporcionar nuestro nombre, mismo que permite iniciar una confianza, posteriormente ofrecer el asiento que le permita estar cómodo para el interrogatorio. Enseguida, el médico se sentará para ocupar también un espacio cómodo. Se tratará de evitar barreras entre ambos, para que en primer lugar exista un diálogo directo y en segundo para que la relación se vuelva más simétrica, esto es, de confianza entre un ser humano que pide la ayuda y otro ser humano que la ofrece. El médico tendrá la posibilidad de escuchar completamente al paciente, no escribir notas, no tener ningún tipo de prejuicio que lo lleve a alterar la fluidez de la entrevista, tratar de evitar interrupciones de parte de la enfermera, de su teléfono celular o de la computadora. Observar será prioridad en esta entrevista, su aliño, su posición corporal, como se sienta en la silla, su velocidad de lenguaje, su facies, etc. Dejar que el paciente se explaye a su libre albedrío también permitirá conocerlo mejor. La actitud del médico será imprescindible, la atención, la deferencia, la utilización de un lenguaje claro, evitando términos médicos.

2- MOTIVO DE CONSULTA.- Después de la presentación, viene el inicio del interrogatorio propiamente dicho. Y consiste en preguntar al paciente por el motivo de la consulta y sencillamente es ¿en qué puedo servirle? Ó ¿cuál es el motivo de su visita?, con ello se abre la tribuna libre para que el paciente pueda hablar acerca de su padecimiento. Ojo, hablará primero de su padecimiento, es decir,

cómo vive su enfermedad y en qué condiciones ha llegado a estar enfermo. Estaremos atentos, en primer lugar, a seguir lo que el paciente nos relate, precisamente porque el padecimiento expresa toda la subjetividad del paciente y ello permitirá abordar más adelante todo el contexto de la enfermedad. Mientras que al paciente en un inicio le interesa el padecimiento y a nosotros la enfermedad, podemos hacer – con este procedimiento-que a ambos nos interese tanto el padecimiento como la enfermedad. Recordemos que el motivo aparente de la consulta puede estar escondiendo el motivo real, que trataremos de descubrir con la búsqueda del padecimiento.

3- PADECIMIENTO ACTUAL. El siguiente paso es conocer el padecimiento actual. Éste tiene tres momentos: el inicio, la evolución y el estado actual. Percatarnos del momento del inicio es fundamental y para ello llevaremos al paciente más allá de lo que para él pueda ser el inicio y le preguntaremos ¿antes de los síntomas que usted me platica estaba usted completamente bien? Conviene preguntar si antes del inicio de la enfermedad hubo algún evento asociado a la misma, que sí no directamente pueda haber influido en ella sí pudo haber sido un factor precipitante. La evolución nos permitirá conocer sí la enfermedad se ha detenido, o ha tenido una recurrencia que ahora ha vuelto a manifestarse. Finalmente el estado actual se refiere a cómo se presenta la enfermedad en el momento último por lo cual nos visita. En este apartado preguntaremos acerca de síntomas psicoafectivos que pueden estar presentes, como por ejemplo el estado de ánimo, el estado del dormir y el apetito. Aunque el paciente acuda por cualquier enfermedad es imprescindible ubicar el estado de ánimo actual del paciente.

4- EXAMEN MENTAL. Equivale a explorar las funciones mentales y así como la exploración física permite corroborar lo interrogado, el examen mental permite conocer cómo se encuentra el funcionamiento mental. Comienza con la observación del estado de conciencia, sí se encuentra con la percepción real de sí mismo y del

entorno ó si se encuentra obnubilado, confuso o francamente con una alteración completa del estado de la conciencia. Aquí también se interroga la atención, la comprensión, la concentración y la memoria, que pueden estar valteradas en casos como la depresión, así como las funciones mentales superiores tales como el juicio, la síntesis, la abstracción y la inteligencia. Posteriormente el estado afectivo consiste en preguntar ¿cómo se siente del estado de ánimo? ó ¿cómo está su humor en las últimas semanas?, recordando que el estado depresivo patológico es un humor persistente, de al menos dos semanas de evolución. Los estados de ansiedad y de depresión pueden detectarse sí se observa al paciente con detenimiento su facies, su postura, su actitud. Existen otras alteraciones anímicas como la euforia, el aplanamiento afectivo-propio de la esquizofrenia-, la ambivalencia afectiva, la labilidad y la incontinencia afectiva. El pensamiento se valora con el lenguaje de nuestro paciente, su velocidad, su pausa, su contenido a través de lo que nos manifiesta; es así que podemos percibir fobias, obsesiones o ideas delirantes que nos llevan a situar al paciente en cierto tipo de patología. Finalmente abordaremos la sensopercepción, con la presencia o no de ilusiones o alucinaciones.

- 5- DINÁMICA FAMILIAR.-** Conviene siempre preguntar en la primera entrevista cómo está conformada la familia, quienes la integran, en qué posición y situación se encuentra nuestro paciente, si es dependiente ó es el responsable económico o moral de su familia. En ocasiones el motivo de la consulta tiene que ver con un conflicto de poder con la compañera (o), una pérdida física o simbólica de un integrante ó un exceso de responsabilidad del que nos visita. Una comprensión de esta dinámica permite que podamos entender el área familiar y cómo está influyendo en el padecimiento de nuestro enfermo. Un ejemplo es que si enferma el sostén de la familia la repercusión económica atrasará el crecimiento de sus integrantes, ó sí enferma quién se ha hecho cargo de la organización de la casa, la consecuencia será desintegración y pobre desempeño escolar de los miembros más jóvenes.

6- CONTENIDO DE LOS SUEÑOS.- Una forma de comprender la subjetividad de nuestro paciente, de entender los conflictos, deseos y miedos es atender el contenido de los sueños. Sencillamente es preguntar acerca del último sueño que ha tenido, o de un sueño recurrente desde la infancia o si se olvidan. Resulta un entrenamiento específico el comprender los sueños, pero aún sabiendo los elementos esenciales de un sueño y de quién lo sueña podemos acercarnos a lo que el paciente en el fondo desea o teme. Los sueños como Freud (1900) los estudió, representan deseos irrealizables y prácticamente todos tienen que ver con la infancia del sujeto y por tanto con la actuación actual del paciente, ya que suponemos como S. Ramírez lo afirma "infancia es destino".

7- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.- Hemos llegado a la parte sustancial de la entrevista. Con los datos obtenidos anteriormente tenemos que decir las conclusiones ante el paciente. Lo haremos con suma paciencia, diciendo lo que para nosotros hasta ese momento es verdad, si se tratase de una depresión, explicaremos de qué tipo, qué causas son las determinantes, cómo se tratará, si son necesarios los medicamentos, que efectos tendrán y a qué tiempo, cual es la dosis, que efectos colaterales posibles se tendrán, en qué tiempo empezará a sentirse mejor. Si es necesario un tipo particular de psicoterapia hacérselo saber, qué ventajas tiene si se emplea ó si emplean ambos tratamientos. Lo mismo se hará para cualquier otra enfermedad, médica ó quirúrgica, si el paciente tiene más información cooperará mucho más para su beneficio y el trabajo del médico será de mejor calidad. La próxima consulta será pronta. No debemos dejar al paciente por mucho tiempo pues los efectos colaterales de los medicamentos o las primeras indicaciones pueden dejarse de llevar e interrumpirse. El mismo paciente se siente bien en cuanto sabe que en una o dos semanas lo citaremos. Recordemos que la idea de este modelo psicodinámico y humanista, trata de hacer un diagnóstico integral, tanto de la persona del paciente, del padecimiento, de la enfermedad, de la familia y de las principales fuerzas que lo llevaron a enfermar. Todo ello se lo diremos al paciente con tono, tino y tacto. Esto se va adquiriendo, primero llevando a cabo varias entrevistas, luego realizarlas por propia cuenta bajo supervisión y posteriormente supervisándolas en

un seminario que Michael Balint trabajó desde 1950 en sus famosos grupos Balint, dónde exploraba las reacciones emocionales de los médicos con sus pacientes.

- 8- TERMINACIÓN.** Finalmente se hace la pregunta clave de la primera consulta, y es ¿algo ha quedado sin abordar?, el paciente ¿desea agregar algo más?- Le preguntamos: ¿Desea usted decirnos algo más? ó ¿tiene usted alguna duda? De manera frecuente, el paciente en este momento dice lo más importante. Seguramente porque ya ha adquirido confianza en nosotros, o ha tenido vergüenza de decírnoslo antes y aprovecha este momento, o sabe que es importante para nosotros saber todo de él. Esta es la razón que nos lleva a preguntar hasta el último momento. Nos dispondremos a despedirnos, ofrecerle nuestro teléfono para cualquier duda, en caso de una Institución acudir sí lo considera necesario y despedirnos de mano como cuando lo recibimos. Hemos terminado la primera consulta médica, la más importante y cómo tal, decir que requiere de tiempo para realizarla, de paciencia, de tolerancia y de flexibilidad para realizarla. No siempre resulta exitosa una primera entrevista, pero este formato permite tener un orden, una metodología y un objetivo: **HACER DE LA PRIMERA CONSULTA MEDICA UN EVENTO SIGNIFICATIVO TANTO PARA EL MÉDICO COMO PARA EL PACIENTE, QUE PERMITA SIEMPRE RECORDAR AL PACIENTE, EL HUMANISMO Y LA EMPATÍA DEL MÉDICO EN UN MOMENTO DE DOLOR Y SUFRIMIENTO DEL PRIMERO.**