

La consulta de psiquiatría

Por el Dr.: Hiram Castro López²⁷

Castro, L. H. *La consulta de psiquiatría*. Rev. Cub. Med. 12: 1, 173

Se realiza un trabajo que sirva de orientación sobre la forma de realizar una consulta especializada. Dicho material se dividió en tres partes: la primera estudia la problemática del manejo de actitudes al comienzo de la consulta; la segunda trata de algunos elementos de importancia en la confección de la hoja clínica; y por último la tercera que a su vez sv. divi. dió en dos partes: una que enfoca el significado y manejo de una serie de conductas frecuentes en los pacientes psiquiátricos y la otra que trata de los elementos técnicos necesarios para el desarrollo del tratamiento.

Nos ha hecho pensar en la conveniencia de presentar este trabajo el deseo que tienen algunos compañeros más jóvenes de saber cómo debe desarrollarse una consulta especializada. En múltiples ocasiones aclaramos sus dudas, les dimos orientaciones generales y los remitimos a las diversas obras que podían servirles de guía. En la práctica hemos comprobado que esta última solución no era factible en la mayoría de los casos, ya que unas veces el libro señalado se encontraba en un lugar de difícil acceso o no era de fácil comprensión para aquel que no estaba familiarizado con el tema. En otros casos ello requería dedicarle una cantidad de tiempo el cual el médico joven que comienza prefiere invertirlo en la adquisición de conocimientos menos específicos. Si decimos además que la información de este tipo se encuentra diseminada en gran número de títulos resulta obvia la dificultad del método.

Luego comenzamos a realizar exposiciones periódicas sobre los principales elementos de utilidad en la mencionada actividad con los compañeros que trabajan en nuestra sala, a lo cual se añadió después la discusión de las dificultades que surgían en el desarrollo de sus respectivas consultas.

Los resultados positivos que de dichas actividades se derivaron condujeron a nuestros compañeros a sugerirnos que organizáramos sistemáticamente las cuestiones más importantes de dichas exposiciones en un trabajo que tuviera eminente sentido práctico.

No nos referimos a terapéuticas específicas, ya que el objetivo principal es el desenvolvimiento del médico en la consulta, así como el enfoque adecuado de las actitudes que generalmente asumen los pacientes psiquiátricos. Hemos tratado de dejar a un lado las disquisiciones teóricas, sin pretender hacer un estudio exhaustivo de la materia, lo cual es imposible debido a su extensión. Nos sentiremos satisfechos si con este trabajo contribuimos a mejorar la comprensión y manejo de los pacientes por los compañeros que tienen menos experiencia.

²⁷ Médico psiquiatra del Servicio de Psiquiatría del Hospital Escuela "Calixto García". La Habana, Cuba.

Vamos a considerar el desarrollo dinámico del paciente a través de la consulta en las etapas siguientes: Recepción del paciente, confección de la H. C. y desarrollo de la terapéutica.

Primera etapa: recepción del paciente.

La consulta de psiquiatría, como toda consulta médica, se realiza en el contexto de la relación médico-paciente que es una forma particular de las relaciones interpersonales. En estas relaciones cada uno de los miembros aporta su personalidad, un criterio más o menos realista de sí mismo y de su importancia y una preocupación por la impresión que hará al otro miembro y lo que éste pensará de él. En la medida en que sea mayor la inseguridad del individuo, esta preocupación será mayor y generará una gran ansiedad, lo cual determinará una serie de conductas destinadas a producir seguridad que conllevarán a la disminución concomitante de la angustia. Estas conductas que tranquilizan a uno (irritación, aburrimiento, intento de causar impresión o ridiculizar al médico, exceso de confianza, duda de la capacidad, etc.) tienden a producir inseguridad y ansiedad en el otro, de manera que si esto no se tiene en cuenta se crea un círculo vicioso y se pierden las posibilidades de comunicación. Cuando nos sentimos irritados y molestos ante la actitud de un paciente haríamos bien en preguntarnos, qué es lo que nos ha producido esta irritación, pues con toda seguridad algo funciona mal en nosotros.

De lo anterior se deduce la preocupación y la ansiedad que produce en el paciente la conducta del psiquiatra (verba y extraverbal), intentando deducir de ella la impresión que ha producido y la acogida que se le dispensa. No es raro que nos preguntemos qué es lo que ha

irritado al paciente mientras tratamos de entrevistarlo sentados en el borde del asiento y mirando varias veces el reloj, ni que no nos demos cuenta de que el paciente ha interpretado mal la impresión de nuestra cara al leer una remisión equivocada, o la mirada distraída con la cual seguimos el vuelo de una mariposa mientras él habla.

Todo el que haya comenzado a consultar habrá conocido la angustia que experimentan algunos pacientes una vez dentro de la habitación al no saber qué conducta seguir: si se sientan, dónde pueden hacerlo, si fuman, etc.

No con menos frecuencia se produce desasosiego cuando a un “vamos a ver qué le pasa” o “qué le trae a la consulta” deben comenzar a exponer una serie de problemas íntimos que no logran coordinar.

En esta primera fase del tratamiento nuestra conducta estará encaminada a evitar que el paciente se sienta inseguro, para que no desarrolle las conductas que se dirijan a darle seguridad y distorsione la comunicación o abandone el tratamiento; aunque posteriormente, una vez establecida una sólida relación médico-paciente se debe conducir la sesión, provocando la mayor ansiedad que pueda tolerar el paciente.

El conocimiento de estas conductas para disminuir la ansiedad, así como el de las manifestaciones extraverbales (expresiones, movimientos, gestos) del paciente es un termómetro adecuado para saber si éste se encuentra ansioso e investigar qué fue lo que provocó ese estado.

Los anteriores elementos deben tenerse en cuenta y ser manejados de acuerdo con la personalidad y preferencias del médico. No obstante, vamos a exponer como referencia las formas en que solemos hacerlo nosotros.

Antes de hacer pasar al paciente conocemos su nombre y el motivo de su visita, cosa nada difícil de conseguir, ya que consta en la remisión a la especialidad. Evitamos un recibimiento cálido que será sentido por el paciente como falso; pero le llamamos por su nombre, el papel que su nombre juega para cada individuo ha sido tocado desde múltiples puntos de vista; pero no creemos oportuno extendernos sobre él. Bástenos decir que el hecho de que hayamos aprendido su nombre produce en el paciente la sensación de que el médico se preocupa por él, le reconoce y respeta su individualidad; debe recordarse que haríamos bien en no olvidar el nombre de nuestros pacientes, recurriendo a los mecanismos adecuados para recordarlo y no tener que preguntárselo de nuevo.

Al indicarle por su nombre que pase, en un tono cortés pero mesurado, lo invitamos a sentarse, indicándole con un gesto uno de los asientos de modo que evitemos la ansiedad de la indecisión. Entonces pasamos a comentar el motivo de la consulta: "Veo que el doctor Hernández lo ha enviado por unas pérdidas del conocimiento. ¿Puede usted recordar cuándo le ocurrió por primera vez?" Esto hace que el paciente antes de darse cuenta y sin tener que haber pasado el momento difícil de "romper el hielo" se encuentre conversando animadamente de sus problemas. En el caso de que hubiera un error en la remisión no hay inconveniente en reconocerlo y pedir una aclaración: "Bueno, ¿dónde está el error? ¿Podría aclararme cómo ocurrió en realidad?"

Nuestra actitud como sistema que trasmite señales al paciente debe ser cuidadosamente estudiada, evitando que por ese motivo se vaya a hacer rígida, ya que podríamos comunicar nuestra tensión al enfermo. Nos mantendremos en una posición cómoda de relajada expectativa ante lo que nos informará el paciente. Los

movimientos bruscos o nerviosos deben ser controlados, ya que sólo son útiles la sorpresa y el asombro del médico cuando son cuidadosamente preparados para subrayar una situación determinada. Se mostrará un interés profesional y humano, pero evitando expresiones que sugieran enternecimiento, lástima u otras emociones que llevarían a algunos pacientes a improvisar una tragedia con la finalidad de conmovernos, en perjuicio de la información veraz. Del mismo modo, mostrarnos fríos o distantes podría provocar sentimientos de hostilidad en el paciente que se sentiría como si se le mirara a través de un microscopio.

La exposición puede ser conducida por medio de una serie de preguntas que, sin cortar al paciente, ni dejarlo con la palabra en la boca, muestren que el médico tiene un plan y que lo que le interesa no es conversar, sino aclarar los asuntos de interés en el tratamiento.

Con respecto a la información que recibimos de otras personas hay que evitar que desvíe nuestra opinión porque en muchas ocasiones estas informaciones son parciales y revelan hostilidad. Además, el enfermo puede sentirse molesto o traicionado y llegar a pensar que estamos confabulados con sus familiares o que le decimos lo que ellos nos refieren en la consulta, cosa que no debe hacerse. En estos casos es más adecuado, si tenemos una información previa, decirle al paciente por qué vías nos ha llegado. En el caso que estimemos conveniente no hacerlo, no se lo diremos, ya que si se le dijera posteriormente o sirviera para cogerle en falso se sentiría burlado. Cuando hablemos con sus familiares se lo comunicaremos previamente y si él insiste en estar presente podemos permitirselo. Esto, como es lógico, no es válido para algunos sicóticos.

En estos momentos dispondremos ya de una opinión general del problema que lo trae a la consulta y algunos de sus principales rasgos, lo que nos permitirá preparar un tratamiento tentativo que irá siendo modificado a medida que obtengamos mayor información.

Segunda etapa: Confección de la historia clínica.

Para nosotros el conocimiento del pasado del paciente es sólo un medio para comprender su conducta actual. Esto será el objetivo primario de nuestro enfoque.

Sin embargo, esto **no** debe ser un elemento que nos incline a restarle importancia a una detallada historia dinámica de la vida, ya que si **no** comprendemos el porqué de una conducta, ¿cómo podríamos modificarla?

Sin pretender abarcar todos los datos a tomar en la biografía de un paciente por la extensión que esto requeriría, señalaremos algunos de interés, comentando brevemente su importancia.

Hay algunos datos que el paciente frecuentemente no recuerda; pero que puede haberlos conocido por los comentarios de sus familiares, tales como los detalles de su nacimiento, su desarrollo psicomotor, posibles trastornos en el habla y en los hábitos de higiene que nos pueden orientar en la existencia de alguna menúsvalía orgánica o retraso mental. Este tipo de información se completa con los antecedentes familiares de enfermedades hereditarias o los personales de otras que pudieran haber dejado secuelas (encefalitis, convulsiones, etc.) y la histeria del rendimiento escolar.

Ha sido extensamente tratada por los psiquiatras de la Escuela Cultural la influencia de las instituciones en la formación de la personalidad, destacando la importancia de la familia como la primera institución con la cual

se pone en contacto el individuo; y dentro de ella el papel de los padres o sus equivalentes, en los casos en que el niño se haya criado con abuelos, tíos, etc.

Debemos indagar las características de los padres, sus relaciones entre sí y con sus hijos, sus esquemas de valores y normas de conducta, la naturaleza de sus sistemas de premios y castigos.

Unos padres autoritarios que no toleren iniciativas pueden formar hijos pasivos que sientan gran ansiedad ante toda nueva decisión o antes de iniciar cualquier empresa. Otras veces serán dependientes que expiarán con la sumisión, sus sentimientos de hostilidad ante esa velada tiranía. Los padres demasiado exigentes ante los logros de sus hijos, harán que éstos rehuyan las actividades por temor a **no** obtener un lugar prominente en ellas.

Cuando a un paciente, en lugar de un equilibrado concepto de lo que debe hacerse y lo que **no**, se le habitúa a que las cosas pueden hacerse o no dependiendo del humor de sus padres o de que haya un abuelo cerca para que interceda no será de extrañar que cuando sea un adulto tenga una conducta sociopática y vea las leyes y normas como algo más apropiado para violarse que para cumplirse.

Es importante para el desarrollo de un sólido concepto de individualidad y de seguridad en sí mismo que el paciente permanezca durante algún tiempo en contacto con las mismas personas, ya que de la interrelación con ellas y del afecto y el manejo de sus logros irá surgiendo la estabilidad. Si esto **no** existiera o si se produjera una comunicación ambivalente **no** se consolidaría dicha estabilidad.

Las relaciones con los hermanos, los elementos que determinaron que fueran de esa forma, el modo de ser de los apegados, sus preferencias y antipatías, pueden darnos una idea de sus pautas de independencia o agresividad.

Se ha destacado la importancia de la posición ocupada por el paciente entre sus hermanos, señalándose que el hijo menor es con frecuencia protegido por los demás, no siendo sus patrones disciplinarios los más estables por la debilidad de unos padres algo viejos y unos hermanos que le miman y encubren, lo que crea una conducta demandante e impulsiva con tendencia a utilizar sus relaciones para alcanzar logros con frecuencia inmerecidos. Generalmente el hermano mayor es seguro y decidido, mientras que el segundo mantiene una actitud rebelde y de competencia con el primero. Si el primero es divertido y descuidado, el segundo será estudioso y preocupado y viceversa.

Los hijos únicos tienden al egoísmo y tienen dificultades en sus relaciones interpersonales. Estos patrones no son una regla, pero se repiten con cierta frecuencia que hace de utilidad que sean manejados.

La capacidad para relacionarse con sus iguales se ejercita desde la primera infancia, pero requieren una cierta dosis de seguridad y flexibilidad. Las alteraciones se ponen de manifiesto desde temprano cuando el niño prefiere jugar solo a hacerlo con otro. En ocasiones se une a muchachos mayores con los que establece una relación de dependencia la cual se continúa en la escuela al apegarse a los maestros. Esto no es adulonería como piensan los demás, sino un intento de reproducir una relación tranquilizadora (adulto de la familia con el niño), ya que una relación de igual a igual movilizaría su inseguridad produciendo ansiedad. El niño trata de mantener esta relación ganando la aprobación de los maestros por medio del buen comportamiento, buenas calificaciones, etc. Estos niños buscan

cuidadosamente otros tan inhibidos o inseguros como ellos para unirse y sentirse más seguros ante el resto del grupo: "mis amigos eran pocos, pero buenos", o, "escogía cuidadosamente mis amistades".

El status otorgado a cada miembro de la familia es vital para la identificación del niño con el papel que desempeñará en el futuro. No es fácil para el joven- cito incorporar el papel masculino si su padre es despreciado e injuriado por el resto de la familia, o no es lógico esperar que la muchacha acogiera con entusiasmo el papel de madre, cuando lo que ha visto es que la suya es maltratada y basta golpeada por su padre y hermanos.

Es obvio el efecto de las discordias constantes o las discusiones siendo en muchos casos preferible un divorcio a una imagen familiar semejante a un campo de batalla.

Debemos cuidar la forma con la cual realizamos las preguntas, pues cuando éstas son directas sólo conseguiremos levantar resistencias. La pregunta indirecta y el ejemplo concreto serán las armas para un interrogatorio adecuado. Ante la pregunta directa: ¿es bueno su padre?, la mayoría de los pacientes nos responderán que sí, aunque luego al preguntarles si era muy cariñoso o si iba a jugar con ellos a la pelota o a cazar y si los ayudaba en sus obligaciones, o si les permitía salir a jugar, comprobamos que era un tirano.

Las actitudes ante las rivalidades y competencias, así como la forma en que aceptaba las peleas o empleaba subterfugios y concesiones para evitarlas y sus reacciones ante la ofensa y las agresiones, son otros aspectos que nos brindan interesante información sobre la actitudes patológicas de nuestros pacientes.

Es significativa la personalidad y características de los amigos preferidos, de modo predominante en la preadolescencia. ¿Qué es lo que más admiraban y qué lo que más les disgustaba de ellos? ¿Estima que alguien haya tenido influencia decisiva en sus gustos y costumbres? ¿Cómo se desenvuelve en sus grupos? ¿Acepta las normas con facilidad o tiende a tratar de imponer las suyas? ¿Trata de guiar o se deja conducir?

La esfera sexual es una de las más conflictivas y es raro el paciente que no presenta algún tipo de alteración en ella: "Experimentaba sentimiento de culpa después de masturbarse". (Es excepcional la persona que no se haya masturbado alguna vez). "Vamos, no ponga esa cara, ¿esperará que piense que nunca se ha masturbado?" En estos casos debemos cuidar de no estimular la fantasía de los pacientes de modo que nos cuenten algo irreal.

Investigaremos temores o inclinaciones homosexuales; si se siente incómodo cuando está desnudo en presencia de sujetos del mismo sexo; las actitudes ante las conversaciones picantes, el amor libre y el matrimonio. Sus relaciones sexuales, impotencia, frigidez; y si prefiere sus amistades entre las personas de su mismo sexo o las del opuesto. Cómo se siente en su trabajo, cómo son sus relaciones con jefes y superiores, cómo son con sus compañeros y subordinados. ¿Influyen los demás en sus decisiones? ¿Quiénes?

Esta breve investigación puede ser completada con las diversiones favoritas del paciente, sus pasatiempos y distracciones y cuáles son sus aspiraciones y temores. Las preguntas no deben hacerse en orden, al modo de un cuestionario, sino en el curso de una conversación en forma natural de modo que el paciente no vaya preparando resistencias con anticipación a lo que le preguntamos.

Por último, recomendamos que no se vaya anotando lo que nos dicen. Debemos guardarlo en la memoria y transcribirlo al salir el paciente, ya que se habla de cosas íntimas más fácilmente cuando no queda constancia.

Con un interrogatorio parecido, que puede ser profundizado de acuerdo con las características a investigar en cada paciente, podemos estar razonablemente seguros de las hipótesis formuladas en la primera fase de la consulta y procederemos a iniciar la tercera etapa.

Tercera etapa: Desarrollo de la terapéutica.

En esta fase enfocaremos primero el significado y manejo de algunas actitudes frecuentes y por último haremos un estudio de la técnica general del desarrollo del tratamiento.

Cuando nos encontramos ante un paciente muy deprimido es mejor oír con atención lo que desea decirnos que realizar un interrogatorio detallado. Al hablarle lo haremos con frases sencillas y concretas, encaminadas a evitar que se angustie por decisiones que no está apto para afrontar. Es adecuado alejarlo transitoriamente de las responsabilidades y dificultades, indicando que un familiar permanezca con ellos en todo momento. Si el paciente habla, el familiar lo escuchará en forma comprensiva; pero no tratará de hacerlo conversar o abrumarlo con aliento y consejos. El tener compañía permanente da buen resultado para evitar un intento suicida, no porque físicamente pueda impedirse, sino porque el hecho de estar acompañado impide que cristalicen dichas ideas. El paciente será citado con la mayor frecuencia posible para evitar la cristalización de los mencionados proyectos con los contactos repetidos. Es obvia la necesidad de ingreso ante un riesgo inminente.

En los estados agudos de ansiedad, se permite al paciente que bable lo que estime conveniente. La posibilidad de comunicar su mundo interior y el hecho de ser aceptado y comprendido por el médico lo hace sentirse seguro y protegido, a lo que se añade la tranquilidad producida por la serenidad del médico.

Cuando un paciente presenta un conflicto insuperable es adecuado aplazar la solución del mismo basta que haya hecho un breve reposo y tratamiento con tranquilizantes, pues con toda seguridad éste podrá ser enfocado en una forma más adecuada.

Algunos pacientes (introvertidos) se rigen primordialmente por sus estímulos internos desentendiéndose en gran medida del ambiente; mientras que otros, por el contrario (extrovertidos), ignoran su interior y se rigen por las estimulaciones externas. En el primero de los casos debe ir desviándose progresivamente parte de su atención hacia el ambiente, principalmente sobre los hechos concretos: “¿Y mientras usted se sentía así, qué hacían sus compañeros? ¿Puede Ud. describirnos lo que ocurría a su alrededor?” De este modo va interesándose en los hechos externos, pasando posteriormente a entusiasmarlo con el placer que le producen las relaciones interpersonales y la utilización de su propio cuerpo, sugiriéndole que realice algún deporte y analice su intolerancia con los demás y su falta de sentido práctico.

En el extrovertido la actitud sería la opuesta: “¿y en medio de todo aquello qué sentía usted?”

Habíamos visto en la primera parte que la conducta de muchos pacientes era una forma de compensación para evitar la ansiedad siendo de difícil manejo para los compañeros inexpertos algunas de las que se exponen a continuación.

El paciente que se toma excesiva confianza será rechazado “ni puesto en su lugar”. Debe aceptársele y demostrarse comprensión, señalándose en forma amable que se encuentra allí para tratar sus conflictos. En la medida que vaya sintiéndose aceptado y apoyado irá aumentando su seguridad y se hará innecesaria este tipo de conducta que de otra forma se incrementaría.

Otras veces su forma de sentirse seguro revestirá las características de un ataque, insulto o menosprecio al médico. Si éste se enfureciera, se cerraría el círculo y la comunicación se imposibilitaría. Una actitud tranquila y tolerante desarma al paciente y le hace evidente lo inadecuado de su conducta. “Bueno, ¿qué es lo que lo pone tan alterado?” o “veamos, ¿a quién trata de atacar? En ocasiones la agresión es más sutil, señalando que no experimenta mejoría o que el método no es bueno, a lo que puede agregarse la amenaza de abandonar el tratamiento. En esta situación puede responderse en forma reposada: “¿se supone que deba pedir excusas?”, “¿debe preocuparme esa situación?” o bien, “¿se trata de una amenaza?”

En ocasiones los pacientes nos refieren hechos desagradables con el fin de ser requeridos. Cuando esto obedece a una actitud inconsciente debe cuidarse el médico para no caer en la trampa, siendo lo indicado que se interprete dicha actitud.

Diferentes manifestaciones de estas conductas aseguradoras son el “paciente modelo”, en el cual la obediencia a todas las indicaciones es una manifestación de su actitud pasiva, con la que espera evitar las iniciativas

para **no** poner de manifiesto su supuesta inferioridad. En lugar de satisfacernos la conducta de ese "buen muchacho" debemos interpretarla y señalar que la curación no radica en dejarse arrastrar sino en echar a andar junto al médico. Se manifiesta también lo anterior por una tendencia a divinizar al médico, quien deberá demostrar que sólo es un hombre normal, perito en las relaciones interpersonales.

Al tratar con pacientes paranoides o de marcados rasgos esquizoides no debemos intentar mostrarnos bondadosos o demostrar profundo interés o curiosidad, ya que generalmente responden con ansiedad ante tales conductas que interpretan como intromisión desconsiderada o ataque a su intimidad. Es preferible una actitud de reservado interés profesional hasta que, más adelantado el tratamiento, el paciente se vaya percatando de que las relaciones interpersonales **no** son dañinas ni encierran peligro alguno para él.

Recibimos con frecuencia pacientes que se mantienen distantes, sin deseos de cooperación, con marcado desinterés y desdén: en lugar de molestarnos e insinuarles que vayan a perder su tiempo a otro sitio, haríamos bien en considerar que quizá teman acercarse por miedo a movilizar odios y temores subyacentes, debiendo asumir una actitud tolerante hasta tanto vayan ganando confianza y dejen de sentirse en peligro. En ocasiones se trata de pacientes que consideran su pensamiento equivalente a la acción y al movilizar las relaciones con pensamientos agresivos desarrollan sentimientos de culpabilidad por lo pensado. Este temor con frecuencia es inculcado de pequeño: "no tengas malos pensamientos", "¿cómo puedes pensar semejante cosa?". En estos casos se les demostrará la falta de efectos mágicos del pensamiento y que pueden pensar y sentir lo que quieran sin hacerle mal a nadie.

Si el paciente es muy rígido, debe estimularse a que se decida y enfrente los problemas con la menor ayuda posible. Se les demostrará que una regla, ley o costumbre, es sólo una generalización y sirve como referencia para manejar los casos concretos con flexibilidad. "No, usted **no** pudo proceder de otra forma porque estaba encolerizado." Esto no debe hacerse con personalidades sicopáticas o inmaduras, ya que a éstos debe enseñárseles a respetar leyes y disciplinas.

Los pacientes inmaduros presentan grandes dificultades en la comunicación verbal y extraverbal, distorsionándolas con facilidad y desconociendo las normas y costumbres sociales que se aprenden en las relaciones interpersonales. No es raro que uno de estos enfermos insista en interrupciones mientras consumamos a otro, para hacer una pregunta trivial, o que exageren sus síntomas o digan estar peor para que nos interese más y no le demos el alta. En ellos debe esperarse a establecer una relación médico-paciente aceptable antes de analizar dichas actitudes, ya que de lo contrario serían deformadas las interpretaciones y **no** se comprenderían.

Las personas de acción, los sicópatas y algunos inmaduros prefieren la acción como medio de comunicación pues tienen dificultades en la comunicación verbal, comprendiendo la comunicación ex- traverbal por la acción en sí (ofrecerles un cigarro, dar instrucciones breves y precisas para que realicen una actividad) y el contacto físico (palmadas, etc.). Es conveniente encauzar su tendencia a la acción en sentido profesional socialmente aceptado, estimulándolos a que se relacionen con los demás para que así desarrollen sus facultades de comunicación.

Algunos pacientes que presentan alteraciones en sus hábitos o adicciones hacen observaciones contundentes con las que expían su culpa y se sienten libres para volver a las andadas: “Decidí que nunca más volvería a tomar”. A esto no estaría mal responder: “¿y después de eso cuándo tomó el trago siguiente?” Con ellos es útil habituarlos a que lleven el “record de las veces que han reincidido y lo informen en la consulta.

¿Cuántos tragos tomó esta semana?”

Debemos recordar que la conducta del paciente implica un mensaje que en lugar de ser censurado debe ser comprendido, brindándole posteriormente vías más adecuadas de expresión.

Pasaremos ahora a analizar una serie de técnicas generales que se utilizan durante el desarrollo del tratamiento.

Una de las facultades más importantes a desarrollar por el médico es la capacidad de escuchar las inquietudes del paciente, sin interrumpirle para opinar o contradecir algo, lo que disminuye la inquietud e inspira confianza, llevando al paciente a una comunicación más profunda. En caso de que el paciente se resista a hablar, el médico no deberá abrumarlo con preguntas, se limitará a demostrar interés y simpatía y que se encuentra listo para acudir en su ayuda en cuanto éste lo pida, comprendiendo que si no se expresa es porque no puede.

Cuando la actitud del psiquiatra es activa, la del enfermo es pasiva y viceversa, por lo que con un paciente muy pasivo en lugar de mostrarnos activos nos volveremos también pasivos para obligarlo a salir de su actitud.

El estudio del pasado debe hacerse en función de la comprensión de la conducta actual. La insistencia en evocar experiencias penosas de la infancia son modos de implorar ayuda y movilizar actitudes paternas.

Nuestro trabajo estará orientado a destacar el efecto de la conducta del paciente, puesto que en la mayoría de ellos (inmaduros, neuróticos, etc.) falta el mecanismo de reajuste de los actos de acuerdo con sus resultados (regulación ejecutora).

Esta relación del pasado con el presente se resume bastante bien en la experiencia emocional correctiva de *Alexander*: “Reexponer al paciente en circunstancias más favorables a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado y que con el apoyo de la relación transferencial pueden ser superadas”. Es posible que ocurran en el seno de las sesiones o en la vida diaria. En la medida en que se obtienen los logros aumenta la seguridad. Por ejemplo, un paciente que se habituó a reprimir sus sentimientos de protesta y agresividad ante un padre violento y autoritario, empleará habitualmente esta forma de conducta ante la autoridad, por lo que si logramos provocar su agresividad y la aceptamos en forma tolerante irá “viviendo” que esos sentimientos no llevan aparejados un castigo y que ya no es el pequeño niño indefenso. De forma similar en pacientes (que suelen inhibir sus reacciones de emergencia, pueden ser provocadas éstas para que al tolerarlas bondadosamente no se vean como peligrosas. Esto, por supuesto, nada tiene que ver con la ausencia de reglas o faltas de disciplina que llevarían el tratamiento al caos.

Si el paciente ha incorporado un cerrado esquema de valores de sus padres que le impidan el aprendizaje por iniciativa propia con la falta de seguridad e independencia que esto conlleva, podemos asumir la administración temporal de sus esquemas de valores por medio de la relación médico-paciente para así darle libertad de experimentar por sí mismo. Es importante preparar al paciente para los fracasos haciéndole comprender que lo importante es afrontar el hecho y comenzar de nuevo.

No debe pasarse a un nuevo tema hasta que se haya agotado el anterior. Cuando se salta de un tema a otro desordenadamente el paciente se desconcierta y desarrolla resistencias. Para mantener o sacar al paciente de un tema, es útil el manejo de las transiciones descritas por *Sullivan*, quien distingue tres tipos:

- a) Transición suave: Se introduce un cambio de tema de una forma tan sutil que el paciente lo interprete como lógicamente provocado por sus palabras. Ej.: “Si tomamos en cuenta esa situación no podemos olvidarnos de...”
- b) Transición acentuada: Se utiliza para pasar a un tema nuevo sin que el anterior lo interfiera emocionalmente. Para eso se introduce un tema neutro relacionado con el precedente y después de una pausa se enfoca el que nos interesa.
- c) Transición abrupta: Es usada para producir ansiedad, lo cual es conveniente para la comprensión emocional de una situación. En ocasiones se usa para evitar la ansiedad. Usualmente se trata de un tema que está relacionado, pero sin advertencia, ni preparación previa. Ej.: “Me parece que la dificultad para hacer mi voluntad se debe al temor de perder al hombre que me satisface sexualmente.— ¿Y con tu madre?” ¿Sabe uno lo que el paciente ha querido decir con esto." Ante esta interrogante debemos introducir aclaraciones y tener en cuenta los cambios de tono y los gestos que pueden sugerir angustia o que el paciente está mintiendo u ocultando algo.

Una hipótesis no se aceptará hasta que sea comprobada desde varios ángulos diferentes, con el fin de confirmarla o modificarla. Una vez logrado esto se procede a hacerla comprensible al paciente, para lo que es necesario saber exponerla en diversas formas, ejemplificándola con hechos concretos y logrando su vivencia emocional por el manejo dramático de la situación, lo cual requiere la utilización de toda la ansiedad que el paciente sea capaz de tolerar. Una interpretación no termina una situación. Es apenas el comienzo, puesto que el paciente sólo lo aceptará después de un repetido estudio día tras día y de ofrecerle nuevas soluciones al conflicto. Si el paciente no comprende una situación a pesar de ser enfocada desde distintos ángulos, es de pensar que existe una resistencia, por lo que debemos abandonar el tema por medio de una transición, para volver a él cuando se haya superado la resistencia, ya que de otro modo lo único que lograríamos sería incrementarla. También puede deberse la situación anterior a (puede haber algún elemento que al paciente le sea embarazoso tratar, caso en el cual puede señalarse en forma comparativa: “Observo que no ha dicho una palabra acerca de ... Evidentemente le resulta difícil. ¿Es que le considera vergonzoso o algo así? Yo no veo que tenga nada que ver.” El médico debe ser considerado con el paciente y evidenciar el respeto que éste le merece. Cuando se trate de un asunto delicado, debe dar a entender que comprende lo difícil que es para él, y si a pesar de todo el paciente es incapaz de tratarlo, puede reconocerse y dejarlo para otro momento. “Bueno, esto podemos tratarlo en otra ocasión que no le perturbe tanto.” A propósito, hay que estar alerta, ya que en ocasiones la actitud comprensiva del médico puede despertar intensos anhelos de dependencia que producen a su vez sentimientos de vergüen-

za o culpa. Cuando esto ocurra pueden distanciarse las consultas y analizar el problema. Cuando una persona nos dice cómo se comportó en una situación, hay muchas posibilidades de que modifique la realidad, a menos que haya obrado como él creía que debía hacerlo, de lo contrario se disculpará, aumentará los éxitos y disminuirá los fracasos, muy preocupado por la opinión del médico. Debe cuidarse de no dar consentimiento tácito a los errores del paciente.

Si la dinámica de la consulta **no** sigue el **cuanto** esperado, podemos suponer que algo ha ocurrido. El paciente puede haber interpretado mal lo dicho verbal o extraverbalmente por nosotros. Quizá nuestras presunciones sean erróneas, o se ha introducido un imprevisto. Es conveniente informarnos de lo ocurrido, para orientarnos: "Procede Ud. como si estuviera disgustado conmigo. ¿Es que le hice algo desagradable?" No es inadecuado pedir una aclaración a un paciente cuando **no** comprendemos algo.

Si el paciente hace señalamientos del tipo de "Ud. no me comprende", son oportunas respuestas como "lo escucho e intento comprenderlo". Es conveniente cuando se haya tratado un asunto, replantear lo dicho por el paciente de un modo más objetivo, generalizando, destacando hechos concretos, agregando información técnica, poniendo en evidencia las contradicciones e ilustrando todo esto con ejemplos si fuera necesario. Se destacarán las aptitudes del paciente dando más importancia a éstas y a su habilidad en la producción de seguridad, de la que pueda derivar de influencias externas susceptibles de variaciones. Contribuye a incrementar la seguridad del individuo, el hecho de que pueda realizar con maestría alguna actividad.

Si lo tratado en la consulta no se reafirmara en la práctica, todo quedaría en plano teórico y

no se provocaría una verdadera toma de conciencia de la conducta inadecuada en comparación con los efectos de la adecuada. Prevenimos contra el error de querer controlar la conducta del paciente desde la consulta, lo que no haría más que propiciar los "acting outs". La acción es el refuerzo de la experiencia por lo que el paciente debe actuar, aunque no es conveniente sugerir una conducta a menos que tengamos la seguridad de que el resultado confirmará nuestras presunciones, ya que de no ser de ese modo se produciría un trastorno en la confianza del enfermo hacia el tratamiento. Debemos conducirlo a actuar según el esquema de valores y en armonía con la realidad social que es la forma en que la conducta actúa como factor de maduración y de confianza. Esto **no** debe estar reñido con el sentido práctico, pues tan importante es que el paciente se decida a alcanzar una meta, como que conozca el paso inmediato.

El paciente no debe tomar decisiones irrevocables antes de terminar el tratamiento, a menos que sea un acuerdo mutuo. Es fundamental que aprenda el manejo de los usos y costumbres, puesto que su desconocimiento hace aparecer al individuo como torpe y grosero, dificultando las relaciones interpersonales, lo cual puede cerrar el círculo, ya que estas costumbres se aprenden en el seno de dichas relaciones

Toda decisión implica un compromiso y el paciente debe aprender a afrontar los riesgos inherentes a las decisiones y las consecuencias de sus actos (ocupar un cargo puede despertar la envidia). Alivia el temor que tienen los pacientes a contraer compromisos, demostrarle que éstos **no** son eternos y que pueden ser variados cuando las circunstancias así lo requieran (haber apoyado a un compañero cuando mantenía una actitud justa no conllevará a apoyarlo si procede mal) albinias

veces no es necesario llegar a conflictos íntimos, resolviendo algunos superficiales y logrando una buena adaptación que brinde equilibrio al paciente.

En ocasiones se impone el estudio y además el tratamiento de la familia para poder lograr una mejoría, siendo en algunos casos curativa la simple modificación ambiental, porque aumenta la confianza del paciente al facilitarle las pautas adecuadas de conducta en un ambiente más propicio. Una vez logrado esto pueden aplicarse dichas pautas a situaciones cada vez más difíciles.

Si el paciente logra conocerse mejor él mismo y a los demás, el tratamiento le ha beneficiado. Debe aprender una serie de experiencias desconocidas, como son: tomar decisiones, afrontar una autoridad despótica, fijarse y alcanzar metas o cambiar éstas cuando las circunstancias así lo requieran.

Lo más importante para él es desarrollar un sentimiento de identidad y de respeto a sí mismo, vivenciando plenamente el presente para alcanzar la autorrealización íntima. Lo fundamental es el talento y no el éxito; la

satisfacción interior y no la oportunidad; la experimentación sensata y no el riesgo; la remuneración y el prestigio no se antepondrán nunca a la satisfacción del hacer. Sólo cuando la persona ha desarrollado sus potencialidades puede ser útil a la sociedad y feliz en la vida.

Al acercarse el fin del tratamiento es conveniente en algunos casos ir prolongando la distancia entre las consultas, lo que nos facilita su terminación y a la vez permite darnos cuenta cómo va afrontando las dificultades sin ayuda. Al finalizar el tratamiento, se hace un resumen de lo conocido a lo largo de las consultas (esto puede hacerse al final de cada una). Si la reacción del paciente indica que nos equivocamos, debemos dedicarle más tiempo, teniendo cuidado de que no se trate de material artificial dado con el fin de prolongar el tratamiento. A continuación, se resume el plan de acción previamente decidido, comentando el efecto que tendrá en su vida, procediendo a despedirlo en forma breve, sin discutir nuevas cosas que pudieran confundir lo tratado. Es habitual dejar abierta la posibilidad de volver a atenderlo si fuera necesario.

SUMMARY

Castro, L. H. *The psychiatric consultation*. Rev. Cub. Med. 12: 1, 1972.

A study, which is useful as a guide for performing a specialized consultation is made. Such a material was divided into three sections; the first one studies the management problems of attitudes at the beginning of consultation; the second one is concerned with some important elements in performing the clinical history; and the third one, which was subdivided into two parts: one focusing the meaning and management of some frequent behaviors in psychiatric patients, and the other on those that deal with the technical elements needed for treatment.

RESUME

Castro, L. H. *La consultation de psychiatre*. Rev. Cub. Méd. 12: 1, 1973.

On fait un travail afin d'orienter sur la forme de diriger une consultation spécialisée. Ce matériel on le divise en trois parties: la 1^{re} étudie la problématique du maniement d'attitude, dès au commencement de la consultation; la 2^e traite de quelques éléments d'importance dans la confection de la feuille clinique, et dernièrement la 3^e divisée aussi en deux parties: une qui envisage le signifié et maniement d'une série de conduites fréquentes chez les patients psychiatriques, et l'autre qui traite des éléments techniques nécessaires pour le développement du traitement.

Кастро Л. И. Консультация психиатра. Rev. Cub. Med. 12: 1, 1973-

ОцмекТВЈиHeTCH opueHTHпоBO'raas paóoTa o cнocoóe npcBe^eHia cнemajiii3n- поBaHHoro npнерjia Óojibhhx b cнxHaTпnn.yKa3aHHHfi MaTepииaji Chji па3jiejieH ka TpH ^acTH: nepBan nacTt 3aHmaeTCfl H3yqeHneM ynpaBJieHHH noBeпeHus— mu b Hanajie KOHcyjiBTaxopa.BTopafl saHmaeTCH пaccMOTpeHneM HeKOTODHx Ba- schhx 3jieMeHTOB cocTaBJieHHH мниHффеcкOñ HCTopra h Tpetb.b cboio o'ieпаB nojpa3пеjиHeTCH Ha flBe ^acra - ojma 3amiMaeTCft nonxopom k 3HaMeHmo II пaccMOTpeHHeM h6kotophx noBeпeHHñ oóhnhx y нcHxiaTpOTeckpoc óojibhhx h BTopaa пaccMaTüHbaeT HeoóxoioiMHe cнepcHajiBHHe sjieMeHTH JULH па3BMTHH jie- •qeHHH.