

**LA PRIMERA ENTREVISTA:
UN PASO FUNDAMENTAL DEL PROCESO DE AYUDA EN TRABAJO SOCIAL**

Mario Hernán Quiroz Neira*
Profesor Asistente
Departamento de Servicio, Facultad de Ciencias Sociales

Resumen

El artículo se refiere a la primera entrevista como una técnica especializada, que tiene valor por sí misma, independiente del tratamiento que la suceda; o de la técnica de exploración tradicional del trabajo social, más situada en la problematización. Además, es substancialmente diferente de la denominada “intervención en crisis”, enfocada más a la solución rápida que al diagnóstico. El autor sustenta que una entrevista inicial es más diagnóstica y relacional, que interventiva o solucionadora. La primera entrevista es una “entrevista estructurada”, en función del diagnóstico y del fortalecimiento de la relación, propósitos que serán vitales para que el consultante retorne al servicio.

Abstract

This article refers to the first interview as a specialized technique, with value in itself, independent of the treatment following it, or the traditional exploration technique of social work, more oriented to the problem. Moreover, it is substantially different from the so-called “intervention in crisis”, more focused to the quick solution. The author holds that the first interview is a “structured interview” for the strengthening of relation, purposes which will be vital to make the consultant return to the service.

LA PRIMERA ENTREVISTA:

UN PASO FUNDAMENTAL DEL PROCESO DE AYUDA EN TRABAJO SOCIAL

Mario Hernán Quiroz Neira*

Profesor Asistente

Departamento de Servicio Social,

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Concepción, Chile

Introducción

La Primera Entrevista tiene una importancia clave para el desarrollo del proceso de ayuda, sea éste psicoterapéutico o no. Representa el primer contacto o encuentro entre el consultante** con el profesional. Esta primera sesión tiene como objetivo fundamental establecer una alianza y rapport terapéuticos y un diagnóstico inicial de la persona. Constituye el más singular de los encuentros interpersonales, pues está fundado en una penetración intersubjetiva entre el observador (trabajador social, terapeuta, psiquiatra), que pretende comprender al consultante y, el consultante mismo, que se entrega o retrae al contacto con el otro. Es en este sentido que se colocan en primer plano (en la entrevista inicial, el rapport terapéutico y el diagnóstico preliminar) las intuiciones, el contacto y los intercambios afectivos constitutivos del proceso inicial de la ayuda.

Pese a la gran importancia de la primera entrevista aún no están resueltas cuestiones claves que le son pertinentes. Entre ellas, tal vez la más importante sea aquella relacionada con el status clínico de la entrevista inicial. Estimo que siempre una primera entrevista representa para ambos implicados (profesional-consultante) un valor curativo, por lo tanto, su status clínico es indiscutible, aún cuando el contacto sea breve

* Asistente social, terapeuta familiar y de pareja. Diplomado en Psicoterapia Gestalt Integrativa, Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales.

** El Comité editorial acordó cambiar en todos los casos en que se utiliza el término *cliente*, por el de *consultante*, ya que en Colombia tal término connota relaciones mercantiles monetarizadas.

entre ambos. Paralelamente, a esta cuestión fundamental, surgen otras de diversa índole, tales como: ¿cómo se define una primera entrevista?, ¿cuál es el desarrollo de la metodología de la primera entrevista?, ¿cuál es su técnica de conducción?, ¿debe ser una entrevista estructurada?, ¿hasta qué punto una técnica estandarizada de primera entrevista sirve para todos los consultantes?, ¿cuáles son las fases de una primera entrevista? Al rededor de éstas y otras cuestiones girarán mis reflexiones.

Es un error calificar a la entrevista inicial como una preparación o adelanto, de la “verdadera entrevista”, de aquella formalmente concertada o de aquella mentalmente programada y estructurada. Además, es un error calificar este encuentro como un mero “interrogatorio”. El clínico no interroga como un policía, ni entrevista como un periodista y, no conversa con el consultante como lo haría una persona común y corriente. Más bien, sabe que debe entrar en una relación afectiva y reflexiva con el paciente, escogiendo el nivel más favorable para la comunicación y la comprensión empática y que se trata de una relación afectiva de “neutralidad técnica”, diferente a la “neutralidad acogedora indiscriminada”.

La metodología y técnicas de la primera entrevista, prácticamente, es un área inexplorada en el trabajo social clínico, no sólo en su operativa de aplicación en las oficinas públicas, donde se le practica frecuentemente sino que además, no hay evidencias de su sistematización o que se le tenga como foco de investigación. Más aportes al tema hay en la psiquiatría y en el área de la terapia familiar. Esto ha llevado a los trabajadores sociales a no preocuparse por depurar una técnica de conducción de la primera entrevista,

existiendo un gran salto metodológico entre los diagnósticos individuales-familiares y el tratamiento social, incluyendo a la visita domiciliaria como una potente técnica de intervención. Esta dicotomía ha distanciado mucho esta profesión del diagnóstico y la intervención; pasando por una, casi nula metodología clínica de aproximación al consultante, entre los cuales se destaca la primera entrevista.

Quiero insistir que la primera entrevista es una técnica especializada, que tiene valor por sí misma, independiente del tratamiento que la sucede; o de la técnica de exploración tradicional del trabajo social, esta última más situada en la problematización. Además, es substancialmente diferente de la denominada "Intervención en Crisis", enfocada más a la solución rápida que al diagnóstico. En efecto, una entrevista inicial es más diagnóstica y relacional, que interventiva o solucionadora. En definitiva, tal como fundamentaré más adelante, la primera entrevista es una "Entrevista Estructurada", en función del diagnóstico y del fortalecimiento de la relación, propósitos que serán vitales para que el consultante vuelva a la consulta. Entonces, una pregunta clave que debe tratar de responderse el clínico es si el paciente volverá o no al consultorio.

Objetivos de la primera entrevista

La autora Mary Ellen Richmond, en *Social Diagnosis* (1917), asigna cuatro objetivos a la primera entrevista, pero que más bien aparecen como aspectos claves a tener en cuenta en cualquier situación de entrevista en profesiones de ayuda: 1) Escuchar pacientemente al consultante sin prejuiciar; 2) Establecer, si es posible, un entendimiento mutuo, basado en la simpatía; es decir, una buena base para una relación cada vez más intensa; 3) Asegurarse las claves que nos conduzcan a otras fuerzas de información, capaces de ofrecernos una percepción más amplia de la difícil situación del consultante y de sus posibles soluciones y 4) Comenzar, aunque sea en una etapa tan temprana, el lento proceso de desarrollo del sentido de autoapoyo y la confianza en sí mismo del consultante, y hacerlo mediante la estimulante influencia que un espíritu comprensivo puede ejercer, siempre con plena conciencia de que posteriormente habrá que buscar, encontrar y respetar el propio nivel

de esfuerzo del consultante.

Aunque, estas finalidades no responden a lo que hoy llamamos primera entrevista, Richmond no estaba muy alejada de los propósitos actuales en una entrevista inicial. Entre ellos señalo los siguientes, para una primera entrevista en trabajo social:

1. Elaboración de un nexo de comprensión mutua entre el trabajador social y el consultante, que supone el establecimiento de la empatía y el Rapport

2. Determinación de la naturaleza de la queja inicial y/o motivo de consulta y las repercusiones del mismo a nivel personal, familiar y social.

3. Evaluación de los recursos personales y ambientales para la resolución, de la queja inicial y/o motivo de consulta.

4. Aproximación al diagnóstico del "Funcionamiento Social", a través de la denominada "Entrevista Estructural".

Para Kadushim (1983), los objetivos generales de la mayor parte de las entrevistas en trabajo social, pueden describirse como informacionales (hacer un informe social) de diagnóstico (evaluación), terapéuticos (lograr el cambio). Además, cada entrevista, puede tener otros objetivos y, a diferentes objetivos, diferentes tipos de entrevistas. La entrevista que tiene por objetivo hacer un informe social va dirigida a lograr información sobre personas, grupos o comunidades, por lo que respecta a su funcionamiento social, y ese objetivo dirige selectivamente la entrevista en busca de información y comprensión de situaciones en las que puede intervenir el Trabajador Social. La entrevista de evaluación o diagnóstico persigue una información selectiva, precisa, para tomar una decisión necesaria para la solución del problema. La finalidad de entrevista terapéutica es lograr un cambio en el consultante, en su situación, o en ambos; o, dicho de otra forma, llegar al funcionamiento social efectivo del consultante como consecuencia de los cambios terapéuticos.

Por su parte Rossell (1989), desde un enfoque psicodinámico y clínico, considera que el principal objetivo de la entrevista en trabajo social es la consecución de un conocimiento psicosocial del usuario que posibilita una intervención posterior. Entre sus

características, cita: a) Tratarse de una relación entre el trabajador social y el consultante que acude al servicio; b) Ser una técnica o utilización intencionada de conocimientos que el trabajador social transforma en conducta, en su relación con el consultante y c) Ser un proceso con unas fases claramente diferenciadas.

La primera entrevista en terapia familiar cumple unas funciones especiales y sus principales objetivos son: 1) Formular el diagnóstico; 2) Motivar a los miembros de la familia para que elaboren sus problemas; 3) Redactar un contrato terapéutico y 4) Trazar el curso de nuevas intervenciones terapéuticas. Se especifica que las estrategias empleadas en la entrevista inicial dependen del modelo de terapia familiar aplicable.¹

Señala Simon y Cols, que en el modelo sistémico de terapia familiar, la tarea fundamental de la primera entrevista es la formulación de una hipótesis sobre la dinámica de la familia; las preguntas circulares es la técnica que mejor cumple este cometido. El terapeuta ensaya o rechaza hipótesis aplicando esta técnica. Si el terapeuta es capaz de comprender los aspectos centrales de la dinámica motivacional de la familia y de introducir nuevas perspectivas, independientemente de lo confusas, seductoras o inquietantes que resulten, se acrecentará la motivación de la familia para continuar la terapia. Esta motivación de la familia para continuar la terapia es de especial importancia, cuando sus problemas son crónicos y predomina una situación rígida y homeostólica.

La técnica de exploración de la primera entrevista

La entrevista inicial sigue una exploración tradicional muy ajustada al modelo médico, principalmente psicodinámico, donde los fines principales serán el logro de la empatía y el diagnóstico estructural del funcionamiento social. Sin embargo, dicha exploración podría tener un norte insospechado; dependiendo del contenido del relato del consultante. Lo fundamental de su técnica es no desperdiciar la oportunidad de diagnosticar aquellos aspectos que

serán relevantes para la intervención y el cambio. Así, "la exploración se asemeja a un puzzle, en el cual también se trata de reunir la cantidad de piezas necesarias para configurar una gestalt. Mientras más piezas, el cuadro será más definitivo".

Se trata de una técnica de observación supuestamente no directiva, cuyos objetivos pertenecen al fuero interno del clínico, no siendo revelados explícitamente al consultante. Es decir, aquí la figura del examen o investigación permanecen en el trasfondo y es implícita. El clínico debe mantener una cierta reserva en sus propósitos frente al consultante; "constantemente evalúa el estado de la relación y adecua su actitud, con el objeto de obtener información".

La técnica consiste en otorgar al consultante un margen de dominio que le permita estructurar casi libremente su relato; de modo que pueda revelarse y atraer a la luz los contenidos que le son importantes. Dice Cierpka y Cols, que "la información relevante, que se pretende lograr como meta de esta técnica, es la calidad y el transcurso de la relación entre el profesional y el consultante". "Mediante este tipo de observación participante, el entrevistador podrá captar indicios transferenciales y puntos de resistencia en el consultante, así como también, haciendo uso de la introspección, podrá percibir sus propios sentimientos contratransferenciales". Así, el clínico, pretende formarse una idea del modelo interaccional que, consciente e inconscientemente, el consultante ofrece.

A lo largo de esta interacción, supuestamente, manipulada por el consultante, el trabajador social debe esforzarse para despejar el "patrón conflictivo" que aqueja al consultante, de entre toda la heterogénea información que éste le entrega; y que es un dato importante para la definición del síntoma y motivo de consulta. Decididamente, entonces puedo afirmar que la primera entrevista tiene un "encuadre orientado psicodinámicamente, donde el consultante más bien que "objeto de observación" es "sujeto" que interactúa libremente en el campo de relaciones que se va configurando, que en lo esencial, fue estructurado por él mismo".

Al contrario de lo que ocurre en las entrevistas posteriores en las cuales se realiza un corte transversal

¹ Simon, F.B. y Cols *Vocabulario de terapia familiar*, Editorial Gedisa, 1983, Madrid, España.

del hallazgo clínico, en un momento determinado, con lo cual el diagnóstico cobra un carácter estático, o se persiguen objetivos de tratamiento social, la entrevista inicial de orientación psicodinámica (diagnóstico psicodinámico) tiende a reclamar el derecho, en cierto modo excesivo, a predecir la evolución posible del paciente y su trastorno, debido a que a menudo proyecta hacia el futuro lo que, con la ayuda del pasado, encontró en el presente.

Según Roji, los objetivos específicos de una entrevista psicoanalítica son por una parte, la captación emocional e intelectual del conflicto y, por otro, la elaboración de las implicaciones que provocan los contenidos inconscientes sobre las distintas esferas de la conducta del paciente. La entrevista psicodinámica es directiva, dependiendo del grado de directividad del conflicto que plantea el sujeto. Los mecanismos de defensa son los que impiden la reducción del conflicto, manteniendo los determinantes de la conducta a un nivel inconsciente. Por ello, el entrevistador va más allá de la información que le facilita el consultante y se centra en la asociación libre, la explicación del inconsciente y las interpretaciones de las exposiciones verbales. Las técnicas que utiliza son la regla fundamental, el principio de abstinencia, el análisis de las resistencias y las transferencias y contratransferencias. Sin embargo, hay una gran distancia entre la entrevista psicodinámica que utiliza el diván, subrayando el cara a cara y se centra en el inconsciente y la entrevista de orientación psicoanalítica.

La entrevista estructural del funcionamiento social

El diagnóstico estructural se orienta al estudio de la matriz básica de relaciones en la cual está inmerso el individuo y que determina su funcionamiento social y los patrones conductuales sintomáticos. En el año 1995, señalé que el socio-diagnóstico se orienta a la indagación del funcionamiento social del consultante, lo que es muy pertinente con los propósitos de una entrevista inicial. Entiendo aquí por "estructura" al conjunto o constelación, dinámica y significativa, de relaciones relativamente estables entre las diversas partes o elementos constitutivos de un todo, en este caso la persona del consultante. Corresponde a la

estabilización de aquellas formas de relación social del consultante, y que son una expresión directa de las modalidades de percibir el mundo y de su funcionamiento social.

Distingo cuatro grandes líneas orientadoras de la estructura social de un individuo que deben ser explorados en el diagnóstico estructural:

1. La integración a un sistema socio-familiar estructurado y funcional, que le provea del aprendizaje de roles sociales convencionalmente aceptados.
2. La capacidad de establecer una relación genuina a nivel terapéutico que entregará información sobre la calidad de sus relaciones interpersonales.
3. El uso adecuado de mecanismos de resolución de problemas y conflictos.
4. Un desarrollo humano normal, lo que supone el cursar las etapas psicosociales y la resolución de crisis y tareas.

Estos cuatro indicadores permiten al clínico realizar un diagnóstico diferencial preliminar, precisamente en cuatro áreas: La familia, el desarrollo individual, los mecanismos de defensa y la conducta social. En un enfoque estructural podríamos distinguir tres niveles de disfunciones sociales que podrían afectar a nuestros consultantes: a) disfunción social leve; b) disfunción social moderada y c) disfunción social severa. Este diagnóstico diferencial estructural del funcionamiento social, incluye una cuarta categoría de ausencia de disfunción o funcionamiento social normal (individuos funcionales).

La entrevista estructural pone énfasis en la interacción entre el trabajador social y el consultante y con ello, en la estructura de relación del consultante en su medio sociofamiliar. Este tipo de entrevista se inscribe en la tradición que destaca la importancia de los elementos actuales sobre los históricos en los que se refiere al proceso de diagnóstico y de planificación del tratamiento. Sin embargo, reconozco de gran importancia enfocar el diagnóstico con equilibrio en los tres tiempos contextuales: El pasado histórico, el presente circunstancial y la proyectiva social.

La orientación de la entrevista se concreta a través de ciertas preguntas integradas en las siguientes fases: fase inicial, fase intermedia y fase final. Por lo general, en la primera fase se trabaja con el material que trae el usuario, el cual corresponde a una queja del presente circunstancial, en la fase intermedia, el clínico podría inducir al consultante a establecer conexiones con el pasado histórico y en la fase final, ayudarlo a configurar una proyectiva social.

El girar sobre la queja inicial del consultante, tradicionalmente problemática, permite definir nuestras intervenciones como centradas en los problemas, lo que confirma el status sociopatológico de la mayoría de los terepeutas. Sin embargo, muchas veces la primera entrevista debe privilegiar este enfoque, lo que hace recomendable escuchar al consultante y dejar que desarrolle su relato. Por tanto, me parece recomendable que los terapeutas se abstengan de hacer la historia social de su paciente y/ o una anamnesis en una entrevista inicial.

La finalidad principal de esta mecánica es hacer un recorrido circular. El clínico debe hacer un chequeo de las cuatro áreas de valoración internas, tales son: el sustrato familiar, el desarrollo individual, los mecanismos de defensa y la conducta social. Esta indagación indirecta dará la pauta para discernir tres grandes fuentes de "problemas": dificultades en la resolución de tareas y crisis individuales de conformidad con la fase del ciclo vital; dificultades de índole familiar y dificultades de integración social.

La técnica de exploración indirecta supone la creación de un hilo conductor subterráneo de manejo exclusivo del entrevistador, que se deja llevar por el relato del consultante. Sin embargo, la técnica consiste en insertar preguntas claves que de manera circular vayan chequeando secuencialmente, cada una de las áreas internas de valoración, que obligatoriamente conducen al diagnóstico de los tres puntos cardinales que configuran el síntoma. Así, el entrevistador se mueve desde adentro hacia afuera y viceversa, sin desperdiciar la oportunidad de recoger información sobre las relaciones de un consultante con la educación, la salud, la iglesia, la política, los sistemas de control y legales, la recreación, el trabajo y los amigos. Observando constantemente la calidad de la

interacción, el entrevistador debe hacer uso de herramientas y técnicas tales como la clarificación, la confrontación y la interpretación, lo que proporcionará suficiente material para el diagnóstico y la construcción del motivo de consulta.

El modelo y sus fases:

Muchos de los que me conocen podrán asegurar mi adherencia al modelo intergeneracional de terapia familiar, sin embargo, en mi modo de conducir las entrevistas, principalmente la primera, soy bastante estratégico y apegado al modelo del MRI de Palo Alto. Reconociendo mi origen en la intervención con familias desde el trabajo social clínico, mis contribuciones son precisamente de esta disciplina, como lo hice una vez con la visita domiciliaria, donde es posible advertir mi influencia en este modelo. Sin embargo, creo que cualquiera sea la profesión de ayuda; psiquiatría, terapia familiar, trabajo social clínico, encontrará en el modelo que propongo una gran ayuda para el proceso de cambio, aún desde la primera entrevista.

Compartiendo la modalidad de terapia familiar breve con Steve de Shazer, a continuación desarrollaré el esquema de una primera entrevista. Sin embargo, como cualquier técnica con finalidades didácticas, este esquema resultará algo rígido y estructurado; pero creo que directamente en la clínica, éste podrá flexibilizarse. En el Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB), la sesión terapéutica se divide en seis partes:

- 1) La Planificación previa a la Sesión;
- 2) El Preludio;
- 3) La Recolección de los Datos;
- 4) La Pausa para la Consulta: el Diseño de la Intervención;
- 5) La Transmisión del Mensaje: la Intervención propiamente dicha y
- 6) El Estudio Posterior.

Cada sesión dura aproximadamente una hora y la pausa para la consulta suele efectuarse luego de transcurridos los primeros cuarenta minutos. Recomendando emplear el mismo formato para las entrevistas posteriores, aunque más adelante puede modificársele si se cree necesario.

Planificación de la sesión

Previo a la realización de la Primera Entrevista, el clínico o equipo compara los datos que conocen acerca de otros casos de su experiencia, que incluyan elementos similares a los que presenta la situación de la familia tal como ha sido descrita por el miembro que solicitó la consulta.

Otros autores, como Inmaculada Ochoa de Alda, reconoce una fase anterior a la denominada "Planificación Previa de la Sesión" de De Shazer, que ella llama "Contacto Telefónico"; en el cual el clínico recoge una serie de datos sobre la familia y el problema, que después analizará en la "Pre-Sesión". Dice esta autora que antes de ver a la familia en la entrevista inicial, el clínico analiza o discute en equipo la información obtenida en la ficha telefónica. El objetivo es crear dos o tres hipótesis sobre qué puede estar ocurriendo en el sistema familiar (en torno al síntoma) y planificar el desarrollo de la sesión.

El preludio

Para De Shazer, en esta etapa, unos diez minutos de duración por lo general, el clínico evita en lo posible todo examen de los motivos que llevaron a la familia a solicitar la terapia o la intervención familiar, centrándose en cambio, en su contexto social. Lo que se recomienda hacer, es un perfil socio-demográfico de la familia consultante, allegando datos tales como domicilio, individualización de sus integrantes, entre otros. El objetivo del clínico será hacerse un mapa estructural de la familia o un perfil clínico-social del consultante, creando una relación asistencial, no amenazadora, con la familia en su totalidad y, averiguar de qué manera percibe ésta el mundo.

Algunos terapeutas llamamos a esta etapa: La fase social de la entrevista", donde se pone el énfasis en un intercambio coloquial socio-afectivo entre clínico y consultante.

Recolección de los datos

Corresponde al desarrollo de la Sesión propiamente tal. Después de los diez minutos del preludio o fase social, el clínico pasa a la fase de

recolección de datos propiamente dicha. La pregunta clave podría ser: "Bien, ¿Qué problema tiene (o tienen) en el cual puedo (podemos) ayudarlo (los)". Cuando se trata de una familia, esta clase de pregunta se dirige habitualmente, a la familia en su totalidad y no a uno de sus miembros en particular. La respuesta indica, a veces, quién es la persona más perturbada por el motivo de consulta; otras veces, la discusión que se entabla en cuanto a quién va a responder, le brinda al equipo información sobre el modo en que se toman las decisiones en esa familia y las relaciones que prevalecen entre sus miembros. Una vez respondida la pregunta, el clínico procurará que cada individuo, le dé su visión particular de esa misma información. Será también, necesario indagar las soluciones intentadas por el consultante y/o la familia para resolver el problema.

Será también propósito de esta fase el construir una relación empática honesta con el consultante y la creación de un clima terapéutico. Además, será necesario lograr que los miembros de la familia o el consultante hable si está dispuesto a colaborar con el clínico a reunir datos relativos a sus pautas. En este sentido, el método indirecto parece mucho más eficaz que el directo, como por ejemplo, pedirles que "dialoguen sobre tal o cual tema".

Otro gran propósito es iniciar la Co-Construcción del Motivo de Consulta y lograr que el consultante se fije una meta mínima. Una buena pregunta es ¿qué quieren conseguir con mi ayuda?, ¿qué sería lo más pequeño que ustedes pudieran lograr para conseguir un cambio?, ¿qué es lo mínimo que debe suceder para que usted esté seguro de que el problema esté en vías de solución? Es recomendable utilizar la técnica de la entrevista interaccional para establecer las "señales de progreso" o las metas y, empeñarse en que el consultante defina estas señales de progreso en términos concretos.

La pausa para la consulta: El diseño de la intervención

Las señales, las metas y la información referente a los mapas, suministran al clínico los datos que precisa para diseñar una intervención, desde una primera entrevista, que en el caso del formato utilizado en el CTFB consta de dos partes: 4.1 El Elogio y 4.2 El Indicio.

La pausa para la consulta no tiene porqué ser tan literalmente asumida; si bien es recomendable. Si se está trabajando en colaboración con un equipo en espejo unidireccional, el clínico puede hacer la pausa y trabajar junto al equipo, elaborando la “devolución”, pero también puede no hacer la pausa y elaborar interna e individualmente la devolución-intervención.

El elogio

Inmediatamente terminado el proceso, el clínico debe hacer una devolución al consultante (familia), que se estructura en una dirección, con una disposición afirmativa; en la cual se debe hacer una serie de alabanzas, basadas en la parte de reencuadre del mapa y en los detalles de descripción que ha dado la misma familia. Generalmente, en la primera entrevista estos cumplidos son de tipo bastante general y se vuelven más concretos a medida que avanza la intervención.

El elogio incluye en sí la segunda etapa de construcción de una “disposición afirmativa”, que consiste en fijar la atención de la familia en sus experiencias actuales. La tercera etapa consiste en relacionar indirectamente dichas experiencias con el indicio.

El indicio

Corresponde a la tarea que el clínico o el equipo ha preparado para el consultante o familia. Si la familia ha aceptado el elogio, es probable que considere que la tarea o sugerencia asociada se halla dentro de su modalidad de cooperancia. Una vez planeada la intervención, el clínico junto con el resto del equipo (si se dispone de espejo), ensayará su lectura si ha sido escrita, o en caso contrario la manera en que habrá de exponerlo al consultante. Después de unos diez minutos, aproximadamente, retornará a la habitación, donde se desarrolla la intervención (terapia).

Transmisión del mensaje

El Clínico transmite el mensaje al consultante (familia), el que debe ser elaborado de la manera más isomorfa posible; tratando de lograr que la familia ponga en ejecución la respuesta terapéutica.

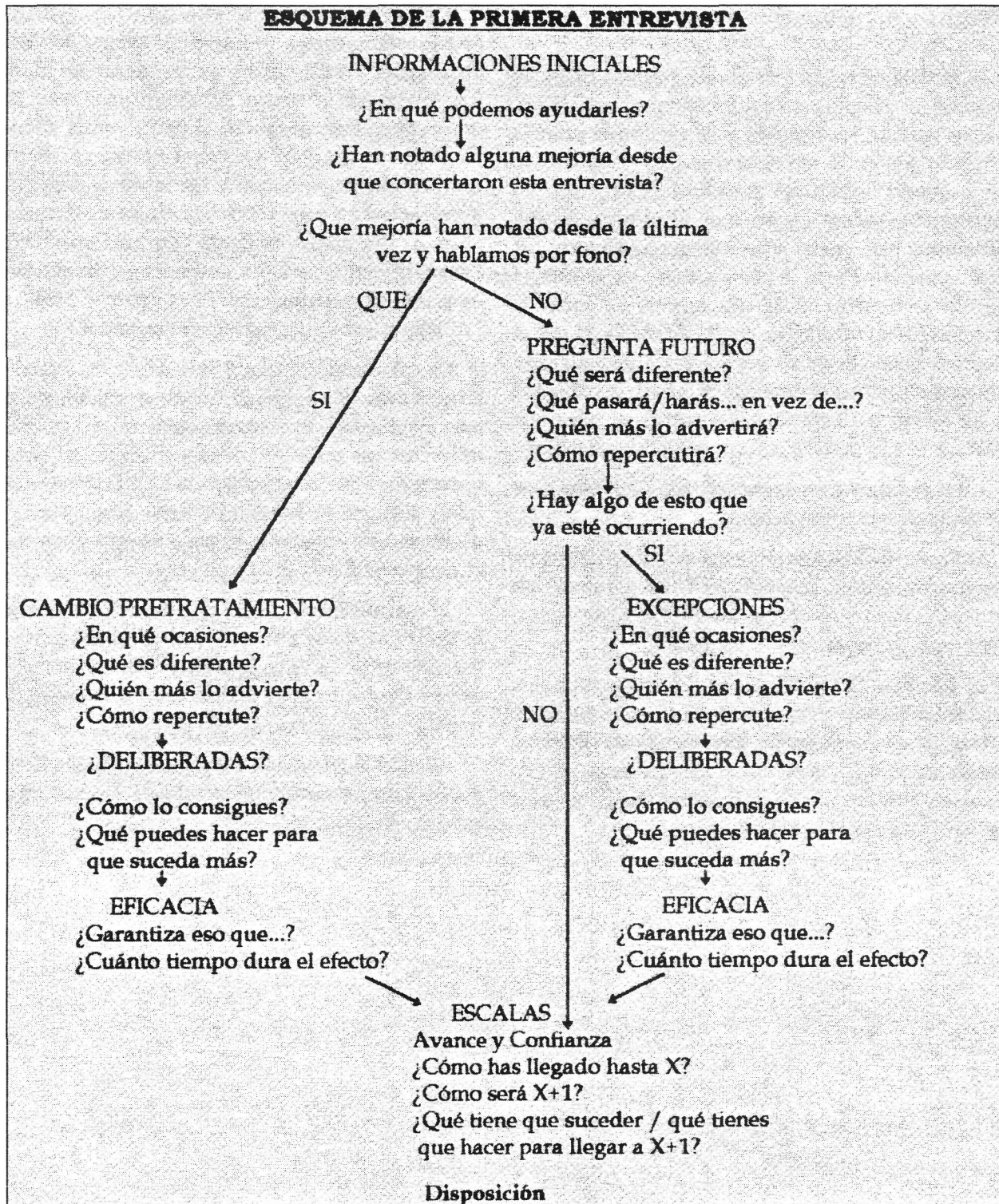
Estudio posterior

Después de que la familia ha partido, el clínico y equipo se reúnen a fin de evaluar sus respuestas inmediatas y predecir el tipo de respuestas frente a la tarea que referirá en la próxima sesión.

El modelo y sus fases

“La Sesión Terapéutica del Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB)
 I. Planificación Previa a la Sesión.
 II. El Preludio.
 III. Recolección de los Datos.
 IV. La Pausa para la Consulta: El Diseño de la Intervención:
 • El Elogio
 • El Indicio
 V. La Transmisión del Mensaje
 VI. El Estudio Posterior.”

Steve de Shazer
 “Pautas de Terapia Familiar Breve:
 Un Enfoque Ecosistémico”



BEYEBACH, M "Apuntes del Seminario: Introducción al Modelo de Terapia Familiar Centrada en las Soluciones

El registro del proceso de intervención

El modelo de registro de Hirsch y Cols (1989), es un excelente ejemplo para que los trabajadores sociales clínicos realicen los registros y conduzcan la primera entrevista. Tal como reconoce el mismo Hugo Hirsch, este esquema emana del modelo de Palo Alto. Su importancia radica en proveer al clínico de una herramienta para pensar y prestar atención a todos los datos importantes para la intervención. Para Hirsch el registro se transforma en una especie de panel de instrumentos de mando, dispuesto de modo tal que el piloto no puede dejar de ver los datos que sugieran mantener o cambiar el rumbo, o al menos, percibir que no ha hecho las operaciones necesarias para que aparezca la información correspondiente en el tablero.

Un modelo de registro estandarizado como éste, tiene por lo menos dos aplicaciones:

a) Servir al clínico para observar la dirección de la intervención, dándole la oportunidad de evitar omisiones y descubrir errores (como instrumento de supervisión), y por ende, de modificarse y aprender.

b) Facilitar la investigación. La protocolización estandarizada de la información facilitará al clínico la realización de investigación con mucho más rapidez y además, permitirá comparar los distintos momentos de un mismo proceso. También será más fácil comparar con otros casos del mismo profesional.

Para cumplir con estas finalidades, un registro del proceso terapéutico requiere: Contener los datos necesarios y suficientes para operar el modelo terapéutico que se utiliza. La información debe estar ordenada de manera tal que el lector pueda entender fácilmente de qué datos y cómo el operador extrajo sus conclusiones diagnósticas, y cómo estas guiaron sus intervenciones. Cuando Hirsch se refiere a información, alude a: Los datos "en bruto" de los Consultantes-Pacientes (verbalizaciones, descripciones de conductas o significados que adjudican a éstos, gestos que realizan). Las inferencias y conclusiones del operador.

La información incluirá la evaluación inicial del sistema consultante, los objetivos que se desprenden de esta evaluación, la estrategia general a seguir, las intervenciones específicas, las respuestas del sistema consultante a las intervenciones, la modificación de estas intervenciones en función de estas respuestas y, el desenlace del proceso (incluyendo fin del tratamiento y el seguimiento)

El registro debe ser fácil de llenar. Ser interesante, es decir que ayude a tomar parte al clínico-terapeuta (operador), en tanto se relacione claramente con sus necesidades de legítima curiosidad o afectividad en el trabajo.

Además la información registrada debe ser de fácil acceso (esto, en un sentido literal y de síntesis), lo más precisa posible y transmisible.

PROTOCOLO PARA EL REGISTRO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

IDENTIFICACIÓN - CARÁTULA

1. Nombre y Antecedentes Socio-Demográficos.
2. Derivante.
3. Grupo Familiar de Convivencia.
4. Otros Significativos.

REGISTRO DEL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

1. Queja inicial
2. ¿Por qué ahora?
3. Motivo de Consulta
4. Historia y Circunstancia Actual del Motivo de Consulta.
5. Qué deja de hacer o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema.
6. Soluciones intentadas.
7. Tratamientos anteriores.
8. Tratamientos actuales de cualquier tipo que se considere pertinente.
9. Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas.
10. Motivación
 - a) ¿Qué objetivos busca al consultar?
 - b) ¿Qué espera que haga el Clínico-Terapeuta?
11. Posiciones y lenguaje del consultante que pueden ser útiles.
12. Diagnóstico.
13. Meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste.
14. Objetivos del Clínico - Terapeuta.
15. Intervenciones del Admisor y primera reacción del consultante.
 - a) Reformulaciones
 - b) Sugerencias
 - c) Prescripciones
16. Predicciones
17. Estrategia a seguir.
18. ¿Quiénes son citados para la próxima?
19. Número de sesiones previstas.

Casablanca, R. Y Hirsch, H.: "Cómo Equivocarse menos en Terapia: Un Registro para el Modelo MRI"

Comentario

La primera entrevista es una cuestión muy poco estudiada entre las profesiones de ayuda, y por lo mismo, no se la ha sistematizado. Existen varios modelos de entrevistas, pero en su mayoría, éstos corresponden a entrevistas posteriores y se refieren al desarrollo de la misma, y a las cualidades del entrevistador. Además,

muy pocas veces se ha reconocido el verdadero status clínico de la entrevista inicial, considerándose que ésta es una fase preparatoria de la verdadera intervención. Sin embargo, creo muy firmemente que los primeros cinco minutos en un contacto inicial son muy reveladores de todo lo que ocurrirá durante el proceso de ayuda, por lo que la primera entrevista adquiere una importancia fundamental.

Cualquiera sea la aproximación que hagamos a la sistematización de la primera entrevista, siempre llegaremos a los límites entre psicología, psiquiatría y psicoterapia. Entonces, los intentos de teorización de esta técnica, necesariamente remitirán al paradigma psicoterapéutico. Lo anterior, no tendría por qué resultar tan extraño a los trabajadores sociales clínicos si conceptualizaron su práctica clínica como un proceso de ayuda. Además, la técnica de exploración en la entrevista tradicional de los trabajadores sociales siempre ha carecido de un sentido teórico, y lo mismo pasa con la forma de registro de la información que también se hace sin ninguna orientación epistemológica.

Entonces, la adherencia a esta propuesta puede darle al trabajo social clínico otro impulso, ya que no podemos cerrar los ojos y desmerecer los aportes de otras disciplinas que han teorizado más que nosotros a estos temas. Así, ¿por que no reconocer que los trabajadores sociales necesitan acercarse a las teorías? Entre los enfoques más contribuyentes a esta técnica, deberíamos reconocer la psicodinámica y la fenomenología, como dos teorías que podrían contribuir a hacer más profesional la entrevista inicial y a otorgarle el verdadero valor clínico que tiene.

Hay otra cuestión muy urgente que debemos resolver las trabajadoras sociales y es aquella relacionada con el diagnóstico. ¿Qué miran los Trabajadores Sociales cuando dicen que están diagnosticando? Una propuesta mía que arranca del modelo del socio-diagnóstico, define que lo que los trabajadores diagnostican es el funcionamiento social. Por eso, en este modelo se conceptualiza a la "entrevista estructural del funcionamiento social", como uno de los puntos cardinales fundamentales de la entrevista inicial. Sin embargo, este tipo de entrevista pone al trabajador social clínico frente a nuevas y difíciles exigencias. Ahora, no será suficiente decir que se tiene un enfoque integral en la consideración del consultante, sino que además, el clínico deberá haberse posesionado de las hipótesis sobre la relación individuo-sociedad y sobre el funcionamiento individual. Sólo de esta manera, a través de un punto de vista fenomenológico y hermenéutico, podría acercarse al perfil del consultante y de lo que le pasa. Subyace a esta orientación el supuesto básico de que este tipo de entrevista, se hace en posesión de los conocimientos de lo que se tiene por normal en las sociedades y de los

marcos normativos y valores socialmente convencionales. Entonces, uno de los objetivos principales de una entrevista inicial será aproximarse al diagnóstico del funcionamiento social, a través de la denominada "Entrevista Estructural".

El supuesto epistemológico es el paradigma psicodinámico; que remite necesariamente al modelo psicosocial del trabajo social clínico. Entonces, no podríamos hablar de una separación teórica, sino más bien de una integración. No obstante, paralelamente aparecerá el enfoque fenomenológico como técnica de exploración, donde el clínico necesariamente deberá hacer una "Reducción Fenomenológica", que consiste en ser un simple espectador que ingenuamente contempla y vive su realidad, sin detenerse a reflexionar. En palabras de Husserl, "hay que colocar entre paréntesis el objeto de veras, la cosa que está ahí afuera. La vemos, nos detenemos delante de ella, mantenemos los ojos dirigidos firmemente a ella y tal como la encontramos, como aquello que nos hace frente en el espacio, la describimos y hacemos nuestra frase sobre ella". Y después agrega: "Sólo consentimos en considerar, en describir estas percepciones, sensaciones, etc., como las entidades que son en sí mismas, pero no toleramos juicio de valor alguno".

Ahora, desde un punto de vista práctico, sugiero un modelo de primera entrevista, basado en el enfoque estratégico de la terapia familiar. Muchos profesionales del área de la salud mental y familiar, carecen de un esquema ordenador para la conducción de sus entrevistas, lo que podría ser solucionado con el apego a un modelo como éste. Otra cosa es el registro de la información; para ello, servirá la propuesta de Hirsch (1989). Sin embargo, desde la praxis, muchos clínicos se preguntan ¿en qué medida una técnica de entrevista estandarizada puede revivir a todos los consultantes con sus respectivas demandas terapéuticas? Distingo cuatro tipos de diagnósticos clínicos en la praxis social de conformidad con los objetivos propuestos: 1) Las primeras entrevistas voluntarias y espontáneas que se reciben a un nivel institucional en sistema de turno, principalmente en organismo de tipo público; 2) Las primeras entrevistas de intervención en crisis o de situaciones de emergencia social; 3) Las entrevistas posteriores de tratamiento social; 4) Las entrevistas para exámenes psicosocial, discernimiento o de especialidad

psicosocial. Entonces, basados en un panorama diverso como éste, es admisible reconocer que no hay una técnica de entrevista que se pueda sugerir con amplitud a toda la gama de situaciones clínico-sociales que atendemos. La entrevista estructural del funcionamiento social intenta ser una orientación que podría generalizarse. Sin embargo, desde un punto de vista clínico y práctico, cada profesional podrá modificar estos modelos; lo mismo ocurre con la metodología estratégica de conducción como en el registro.

Bibliografía

- BEYEBACH, M. Apuntes del Seminario "Introducción al modelo de terapia familiar centrada en las soluciones". Universidad de Concepción, Concepción, Chile, 1998.
- CAPPONI M., R. *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Editorial Universidad, Santiago, Chile, 1992.
- CASABLANCA, R. Y HIRSCH, H. *Cómo Equivocarse menos en Terapia. Un Registro para el Modelo MRI*. Centro de Publicaciones, Universidad Nacional del Litoral, Buenos Aires, Argentina, 1989.
- CIERPKA, M. Y COLS. "Psicopatología y psicodinámica en la primera entrevista psiquiátrica". *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 25: 252 - 266. Santiago, Chile, 1987.
- DE SHAZER, S. *Pautas de terapia breve: Un enfoque ecosistémico*. Editorial Paidós, Barcelona, España, 1987.
- DE SHAZER, S. *Claves en psicoterapia breve: Una teoría de la solución*. Editorial Gedisa, Madrid, España, 1997.
- MORALES, J. F. Y COLS: *Psicología social y trabajo social*. Editorial Mc Grawhill, Madrid, España, 1996.
- NIETO-CARDOSO, E. *Psicoterapia: principios y técnicas*. Editorial Pax, México, 1994.
- SIMON, F. B. Y COLS. *Vocabulario de terapia familiar*. Editorial Gedisa, Madrid, España, 1993. ❖



De la serie *Villa de Leyva*, *La conversa*, 1975



De la serie *Los viejos*, Bogotá, 1977