

LA PRIMERA ENTREVISTA EN LA PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACIÓN PSICOANALITICA / Nohemi Arata y Martha Stornaiuolo

Ambas autoras participamos en un programa de atención de pacientes que está inserto en un centro de formación en psicoterapia psicoanalítica. Nosotras, así como otros colegas, nos hacemos cargo de la entrevista de recepción y derivamos al solicitante a otro especialista. Nos compete la decisión acerca del tipo de atención que requiere el paciente (psiquiátrica, psicoterapéutica, de aprendizaje, neurológica y/u otra). Debemos también indicar la modalidad de psicoterapia más apropiada (individual, familiar, de pareja, breve o de tiempo abierto) y elegir el terapeuta que pensamos sería indicado para el caso. En este marco nuestro trabajo es la primera entrevista que tiene el paciente con un terapeuta y la única que tiene con nosotras.

Varios autores¹ nos dicen que debido a que en las clínicas psiquiátricas sin internamiento, entre el 20 y el 65% de los pacientes no regresan después de una primera cita, cada entrevista debe ser tomada como posiblemente la única. Si concebimos la “primera entrevista” como el lugar de decisión y probable inicio de un proceso breve, las tareas que involucra son específicas: diagnóstico, elección del tipo de tratamiento y –en nuestro trabajo- derivación.

Aunque, en lo formal, no conducimos la entrevista al modo de un examen mental psiquiátrico, hacemos la exploración de las áreas que éste involucra (recepción y procesamiento de estímulos e información, pensamiento, afecto, instinto, funciones defensivas e integradoras, posible etiología del trastorno). Estamos al tanto de esas áreas en forma paralela a la escucha analítica que ofrecemos al

¹ Fiorini H. J. , 1992 “Teoría y Técnica de Psicoterapia”
Baekeland y Lundwall, 1975. Citados por Budman et al. “The first session in Brief Therapy”
Thomä H. y Kächele H., 1989 “Teoría y Práctica del Psicoanálisis”

paciente. Puede ser necesario que preguntemos por sintomatología no mencionada espontáneamente. La conducción del entrevistador en este momento es necesariamente mayor de la que es propia del proceso terapéutico que abarca más de una sesión, aún en un proceso breve. La duración de esta entrevista, al menos en nuestro quehacer institucional, difícilmente es menor a los 60 minutos y no es raro que se extienda hasta los 90 minutos.

Las tareas de una primera entrevista son específicas, pero los fenómenos que en torno a ella se dan son en alguna medida compartidos con los de toda entrevista terapéutica; es decir: cierto grado de transferencia siempre está presente, aún antes del inicio y del primer encuentro, en la fantasía y expectativa del consultante. Y la contratransferencia también se da a partir del contacto inicial. Así el contacto inicial sea telefónico (la voz, el modo de hablar, lo dicho), o la noticia de la cita concertada con una persona de tal edad, sexo, nombre, o la fugaz percepción de alguien sentado en la sala de espera, todas estas son situaciones que elicitán igualmente en nosotros, terapeutas, fantasías en relación al aún desconocido paciente. Es este el campo de lo que Abucham llama la “preentrevista”: incipientes transferencia y contratransferencia que darán paso a la confrontación de esas construcciones con lo que la realidad del encuentro muestra.

El primer encuentro, como terapeutas, apela a nuestra responsabilidad y experiencia, a la resonancia afectiva que nos genera (instrumento adicional para el diagnóstico). Respecto a la relación, estamos atentas a las manifestaciones transferenciales–contratransferenciales que puedan suscitarse. Hacemos uso de la atención libre flotante en la escucha del paciente y las asociaciones (suyas o nuestras) que se producen en la entrevista.

La entrevista psicoterapéutica es una entrevista “inusual”. En ella las pautas “sociales” de intercambio se suspenden para dar paso a la escucha analítica, en procura de la comprensión no sólo de lo que el paciente desea comunicar sino de aquello que comunica a su pesar y sin saberlo. Aunque toda entrevista es

irrepetible, la primera, en modo similar a los primeros minutos de una sesión terapéutica, puede condensar en ese espacio el meollo de la cuestión, aún si fuera la marca de lo excluido. A la par que se realiza el examen mental, la actitud de escucha, interés y atención flotante posibilitarán la captación de la comunicación del consultante en aspectos que escapan a su control.

La solicitud de la entrevista genera en el entrevistado una serie de angustias y resistencias, que en algunos casos se traducen en olvidos, cancelaciones, tardanzas, etc. Con aquellos que logran sobreponerse a esos obstáculos, llegamos a encontrarnos en una sala de entrevistas (particular o institucional), donde quedan bien determinados los roles que desempeña cada uno: el entrevistador, calificado por medio de su formación y experiencia, y el paciente, que se encuentra ante un desconocido que escuchará su sufrimiento y su pedido.

Generalmente en el motivo de consulta la persona pone de manifiesto las intenciones que lo llevaron a concurrir, las molestias, síntomas, preocupaciones, sentimientos, situaciones familiares, etc. A todo este discurso lo ubicamos dentro de lo que conocemos como motivación consciente. También sabemos que, a manera de un apuntador tras el telón, esa comunicación nos revela otra información, información acerca de los motivos inconscientes que llevan al paciente a solicitar la entrevista, a los que se liga su disposición para el tratamiento (H. Argelander). La demanda confiable de tratamiento se sustenta en la conjunción de las motivaciones consciente e inconsciente.

La comunicación del paciente se configura en una *gestalt* elementos procedentes de diferentes ámbitos: biografía, situación, psicopatología, estructura, estilo, motivos consciente e inconsciente de consulta. Señala Argelander que para el entrevistador son tres las vertientes de información: objetiva (los hechos), subjetiva (la resonancia en el terapeuta) y escénica. Es sumamente valioso el concepto de “información escénica o situacional” que Argelander propone: existe una “función escénica” del yo, “...el paciente no nos da solamente con sus

informaciones una impresión del juego de fuerzas inconscientes que determina su enfermedad, sino que lo escenifica directamente en la comunicación verbal con el entrevistador”. Y nosotras agregamos: también en la comunicación no verbal. Como bien dice este autor: “En una primera entrevista los procesos preconscientes de percepción y pensamiento se desenvuelven con increíble rapidez y aún a posteriori apenas pueden ser abarcados en su totalidad”.

Para ilustrar lo expuesto, una viñeta: A la llegada de la terapeuta (M. Stornaiuolo), la secretaria presenta a la paciente, quien se encuentra esperando: “La señorita la espera”. Se trata de una damita muy joven, delgada, agraciada, de rostro muy sonriente, con quien intercambiamos un beso de saludo. Su juventud, “espontaneidad” y la circunstancia de estar la entrevistadora encargada de esta única entrevista –piensa-, lo permite. En el curso de la entrevista, la niña (a la llamaremos Nancy) refiere que tiene 13 años, que su mamá ha querido que asista a terapia pues está descontenta con su conducta: vive en un barrio marginal y, luego del colegio, bordeando horas de la noche, se ausenta de casa sin aviso y sin dejar noticia de su destino para “subir” a una zona de vida social más intensa, festiva y ajetreada. Reconoce que no debe hacerlo, que su mamá tiene razón de preocuparse pero que “va solo por diversión”, que es “sana”, y que va a encontrarse con amigas y, por supuesto, con chicos. Se la ve coqueta, dice haber tenido un enamorado por un tiempo corto. Viste pantalones y una chaquetita de manga larga. Es verano y fugazmente pasa por la mente de la entrevistadora “¿no tendrá calor?” Y lo atribuye a su modesta condición social: “probablemente no tiene otra ropa disponible”.

La entrevista se desenvuelve en forma aparentemente normal. Durante la misma Nancy mantiene los brazos cruzados o entre las piernas, cada tanto se acomoda el cabello. Es una adolescente con una evidente estructura histérica, bullendo en la rebeldía e inquietudes propias de la edad. Admite que puede estar poniéndose en situaciones de riesgo y que es necesario examinar su relación con la mamá para un más fluido entendimiento. La terapeuta hacia el final de la entrevista

considera si y cómo formularle una pregunta en relación a una carencia, carencia que no puede precisar. Se responde a sí misma la terapeuta que probablemente se trata de su resonancia a las clásicas “castración” y “envidia del pene” de las estructuras históricas y que, dado que es derivada a otro terapeuta, será materia a ser vista en esa situación. Al cabo de una hora aproximadamente se da por terminada la entrevista y se hace pasar a la madre de la paciente, quien está en la sala de espera.

Al extender la mano para el saludo, el apretón de mano de la señora se siente extraño. En el tránsito entre la sala de espera y el consultorio, la terapeuta piensa “es una sensación rara, como si a la señora le faltara el pulgar”. Sentadas una frente a la otra, la terapeuta no ve nada peculiar en las manos de la señora, “habrá sido una sensación, esas personas que no dan la mano firmemente”. Le pregunta a la señora acerca de su visión del problema, quien al responderle la desconcierta: “Es por su brazo, su papá me echaba la culpa cuando nació”. Perpleja, la terapeuta la invita a aclarar lo dicho. “Es por su mano, ¿no le ha comentado?, ella estuvo yendo a San Juan de Dios de chica...”. “A San Juan de Dios ¿por qué?”, pregunta la terapeuta. “Por su mano”, le responde. “¿Qué ocurre con su mano?”. “No tiene”.

A lo largo de casi una hora la terapeuta no ha visto esta ausencia, esta falta, esta incompletud para, inmediatamente después, percibirla en la madre. ¿Por qué dislocada? No es solamente un desplazamiento en el sujeto. En su frase inicial la señora revela haber sido acusada porque el producto de su gestación no fue íntegro. La señora se conmueve mucho en la entrevista. Se le sugirió la conveniencia de un espacio terapéutico también para ella y fue aceptado. En esa niña, la hipótesis de la castración en el nivel simbólico ha sido reforzada desde lo corporal. Tras la negación de la mutilación de su cuerpo, lo evitado es depositado, en su dolor y sufrimiento, en la madre. Esta se encarga de hacer consciente en la terapeuta el hecho, por un lado, y la mutación de la defensa, por otro, al descubrir que ella (la terapeuta) la ha actuado como renegación. La magnitud de la vivencia

de incompletud es de tal intensidad, tan excluida y proyectada que, vía la terapeuta, es depositada en la madre y finalmente vivida por la terapeuta en el inmenso asombro al percatarse de ese escotoma. En ese asombro resuena también la herida narcisística de la niña.

Valga la viñeta para ilustrar la intensidad y extensión que puede llegar a alcanzar la “puesta en escena” que anota Argelander. “En la información escénica domina la vivencia de la situación con todas las vicisitudes de los sentimientos y las representaciones... también cuando el paciente calla”, “...la dinámica latente ... arrancada de los mecanismos de defensa de toda una vida ...inunda sin remedio la escena”.

Nancy fue referida a una psicoterapia de tiempo abierto y no a una breve, las razones de ello se expondrán más adelante, cuando hablemos de indicaciones y contraindicaciones para un proceso breve.

A continuación mostramos otra situación de primera entrevista, la que se consideró idónea para un proceso breve, aunque la decisión final se dejó en manos de la terapeuta a quien se refirió el caso: En Agosto de 1999 una de nosotras (N. Arata) atendió a Celia, una señora que aparenta más de 50 años, de aspecto deprimido, con el cabello desteñado, y vestida con un impermeable claro con un cinturón de los que se atan. Se la invita a sentarse. Lo hace, e inmediatamente se levanta para tratar de equilibrar el sillón al que falta una ruedita. Comenta: “Le falta una pata”. Vuelve a sentarse, como resbalada, haciendo prominente el vientre. A la entrevistadora le llama la atención que de todas las personas que en esa situación han utilizado ese sillón, sea ella la única que repara en ello, y a la vez se pregunta “¿quién falta? ¿quién le falta” y asocia a continuación “un buen trípode puede sostener el mundo”.

Celia es profesora. Al preguntarle cuál es su especialidad dice: “de historia y geografía”. La entrevistadora le pregunta qué es lo que más le gusta enseñar y

responde: “geografía”. La terapeuta, para sí, “a mí me hubiese gustado más la historia”, y, siguiendo el curso de su pensamiento, se dice: “de ella voy a ver solamente un corte transversal de su historia, por qué no decir, sólo un fragmento”. Y luego, asociando: “También la historia se hace geografía”, evocando la formación de accidentes geográficos a partir de los grandes cambios, los cataclismos. La paciente habla de zonas, de espacios. La terapeuta busca la incorporación del tiempo, la historia, queriendo conjugar dos dimensiones constitutivas para el psiquismo. Al relatar su motivo de consulta la paciente habla de “insomnio, tensión en las primeras vértebras, quemazón fuerte durante el día en el cerebro, palpitación en la cabeza, eructos, gases, “se me endurecen”, embalonamiento, “siempre despierto con estos gases”. Refiere que ha sido chequeada en un hospital en gastroenterología en el mes de Febrero, que le han hecho ecografía, radiografía y también endoscopía. Después de los resultados el médico le dice que: “probablemente tiene problemas mentales” y la deriva a psiquiatría y psicología. Ha concurrido 3 veces al psicólogo pero, dice: “No nos entendíamos, he venido acá por pastillas”. Durante su relato frecuentemente hace con las manos un movimiento circular frente a su vientre. La terapeuta lo encuentra similar al que suele verse en las gestantes.

La paciente continúa con su discurso diciendo que es diabética e hipertensa, que ha bajado cerca de 12 kilos en 2 meses y medio, que en Julio la pesó el doctor y tenía 44 kilos; y que por el meteorismo tiene miedo de comer. Bruscamente se levanta, se desata el nudo del cinturón, abre el impermeable mostrando cuán delgada está; con el abrigo no se le nota, se vuelve a sentar, adopta la misma postura y, al hablar, repite en forma insistente con las manos el movimiento circular frente a su vientre. La terapeuta le hace reparar en ese gesto y ella dice: “es por mi embalonamiento”, ante lo que asocia la terapeuta “embarazo” y le pregunta si alguien en su familia se encuentra gestando. Ella responde: “No, no, mi hija no”. Llorosa comenta: “Mi hija vivió con nosotros hasta Enero” y relata que después de su ida comenzó a sentir mucha pena, soledad, aburrimiento, dejó de leer, de bordar, (ella había ayudado a su hija a hacer el ajuar). La terapeuta le

pregunta: “¿Y qué pasó en los meses siguientes, por ejemplo en Febrero?”. “Allí comencé con las enterocolitis porque comía muchas verduras y frutas por mi diabetes (...) y como resultado tuve una gastritis erosiva; debe ser por la tensión o porque soy operada de vesícula, en una palabra: una úlcera”. Luego habla del médico. Sus palabras traslucen una cólera contenida pero se esfuerza por guardar las formas: “El me dijo: yo la voy a sanar a Ud. en un 100% en 6 semanas; no ha sido así, me ha dejado una herida interna”. La terapeuta asocia: “El primer paso la gastritis, el segundo la úlcera, el tercero... ¿el cáncer?”. Aunque Celia dice que no tiene miedo de morir cuenta que en Febrero, “quiso comprarse una mortaja”, y fue atajada por el esposo, quien le respondió: “Para cuando murieras ya se habría apolillado”. Celia relata que ha pasado por una descompensación importante, hipoglicemia, hipotensión, que ella atribuye a falta de estrógenos, en tanto la terapeuta piensa: “su miedo a morir, negado, es responsable de esa descompensación”. En Marzo le hicieron una endoscopia a su cuñado y el diagnóstico fue cáncer al estómago, ella dice: “Mi pensamiento me dijo: yo iba a llegar a ese cuadro; la suegra de mi hija hizo un cáncer al duodeno, mi hija se compró un departamento cerca de su suegra para darle gusto a su esposo, vive en Surco”. Hace referencia a que ahora está más lejos de ella, que vive en Pueblo Libre. La consuegra fue operada, recae y fallece 20 días después; tenía un tumor que “no le pudieron sacar, la abrieron y la cerraron”; murió el 20 de Julio.

Cuando se le pregunta sobre sus hijos, responde sólo refiriéndose a sus embarazos: un mes después del nacimiento de su hijo mayor tuvo que ser operada (en Diciembre) de litiasis vesicular, la hija nace 2 años después, se asustó porque casi la pierde a los 6 meses, tenía vómitos y diarreas casi todo el embarazo, dice que casi no comía, que la niña nació muy frágil. Agrega que la hija es contadora y que cuando la va a visitar actualmente ella (Celia) no le demuestra su tristeza pero cuando cierra la puerta se pone a llorar. Su pena corresponde a la de “una buena madre, sacrificada, que da todo a sus hijos”. La terapeuta le propone que al lado de su pena también puede estar sintiendo

resentimiento por haber sido postergada a favor de la suegra. Inicialmente rechaza la interpretación, pero luego admite: "puede ser".

La entrevistadora le comenta que si bien ella "había venido por pastillas", sus síntomas secuenciales se han ido asemejando a los que han mostrado esas personas cercanas enfermas, y que todos esos síntomas han comenzado a aparecer luego de la separación de su hija. Le dice que acaso lo que ella sufre en sus síntomas corporales estaría relacionado con esos otros sufrimientos de los que no habla, y que es posible ofrecerle un espacio donde ella podría hablar de todo ello y conocer algo más de sus sentimientos. Aunque dudosa, Celia acepta la propuesta como un "darse una oportunidad". Por razones que exponemos más adelante, fue remitida a un proceso terapéutico breve; para medicación, a psiquiatría y, para el tratamiento, a otra terapeuta, de quien hemos recibido información sobre el proceso.

Casi al final de éste, las fiestas navideñas y de fin de año han traído asociaciones inesperadas: cuenta, recién iniciando el año (5 de Enero), que ha tenido un hermano mayor por 7 años que nació un 24 de Diciembre y murió dos semanas después, el 6 de Enero. La hermana de la paciente tuvo un hijo, quien fuera criado por la madre de Celia y por ésta como hijo/sobrino y que murió a los 22 años; su abuela (madre de la paciente), fallecida un mes de Febrero, se lo había encargado a ella diciendo: "cuídame a mi hijo". El joven muere en el año 1990, su abuela en 1989 y el esposo de ésta, padre de la paciente, en 1982. Anota la terapeuta que Celia no alcanzó a elaborar todos esos duelos.

Nos permitimos superponer años: sus quejas se remontan a Enero, mes en el que falleció su hermano, y se fue de casa su hija. Febrero es el mes en que falleció su madre, el mes en que se hace ver en el hospital, y también el que dará por concluida la terapia, dándole una experiencia de separación diferente. En un lapso no mayor a 12 meses desde el fallecimiento de su madre se encuentra imposibilitada de cumplir con su pedido/mandato: "cuídame a mi hijo". En un lapso

no mayor de 12 meses se ha desarrollado su terapia, nos queda la pregunta: “¿Se habrá alcanzado a reparar el punto de apoyo faltante?”. A juzgar por la mirada integradora de su terapeuta, confiamos en que, en alguna medida al menos, esto ha sido posible. La vida debe también posibilitarle hacer sus propias suturas, curar su “herida interna”, ahora compartida, comprendida.

Hemos señalado ya, entre los objetivos de la primera entrevista, aproximarnos al diagnóstico integral del paciente, decidir la idoneidad de la terapia breve para esta persona en esta situación particular, examinar e incentivar la motivación para el tratamiento y crear un vínculo. Este vínculo será, según sea el caso, con el entrevistador como futuro terapeuta, o con la institución que encuadra a ambos y, principalmente, con la tarea terapéutica. Ahora bien: “¿Podemos esperar que la primera entrevista nos ofrezca los datos necesarios para el diagnóstico, datos que nos permitan establecer criterios positivos de indicación?” (Thomä y Kächele). ¿Qué se espera de una primera entrevista? ¿Qué, de una primera entrevista para psicoterapia breve?

Ante el pedido de atención de un paciente, ante la incertidumbre de su continuación en un proceso terapéutico, la función diagnóstica de la primera entrevista corre pareja con la terapéutica. El doble énfasis en la tarea terapéutica y en la diagnóstica impone la necesidad de un alto grado de flexibilidad (más no ausencia de rigor) en su conducción. Esta flexibilidad es esencial para conjugar la técnica con las necesidades del consultante en procura de su mejor adaptación, para potenciar la intención de continuar el tratamiento y favorecer una mejor integración y vínculo con su realidad tanto interna como externa.

La entrevista exige que se tome en cuenta la realidad particular de cada paciente, a la par que incorpora todos los postulados técnicos y teóricos del enfoque psicoanalítico. Esta entrevista cobra una función decisiva dado que, de este primer encuentro, dependerá el desarrollo posterior de una relación terapéutica. Para el paciente, la acogida, entendimiento, utilidad y esperanza que pueda encontrar en

el encuentro determinarán si desea continuar la experiencia. En esta situación el entrevistador apela a su instrumental técnico: clarificación, confrontación, interpretación, apunta O. Kernberg. Aquí la interpretación tiene además la función de prueba del *insight* del paciente y de sus recursos integradores. La primera entrevista así concebida ocupa el lugar que en los inicios del psicoanálisis tuviera el análisis de prueba y debe brindar, no sólo al entrevistador, sino también al paciente, la posibilidad de decidir sobre el futuro del camino iniciado. Idealmente al culminar la entrevista quien la conduce tiene una opinión sobre la posibilidad de un proceso breve.

Estamos enfrentadas con la tarea de sistematizar qué es lo específico de la primera entrevista para psicoterapia breve, qué la hace similar a toda primera entrevista y qué la diferencia cuando la indicación a la que llegamos es la conveniencia de un proceso terapéutico breve.

Recapitulando: Para el terapeuta una primera entrevista supone decisiones: si este paciente podría beneficiarse de una psicoterapia y si ésta podría ser de tiempo breve, y también si quien hace la entrevista está dispuesto a hacerse cargo de esa terapia (aunque no sea así en nuestro trabajo institucional). Son decisiones que involucran la tarea de hacer una apreciación del motivo de consulta (¿qué le molesta? ¿desde cuándo? ¿ha tenido tratamientos previos?). Hay que evaluar el entorno particular del paciente y sus posibilidades reales (¿con qué apoyos cuenta? Familiares, laborales, económicos, otros). Tenemos que considerar sus expectativas (¿qué quiere cambiar, por qué y con qué urgencia?, ¿qué esferas perturba el síntoma? personal, laboral, familiar, otras. ¿Qué espera lograr con la consulta?). Hay que ver sus recursos yoicos (cuán sólido es su criterio de realidad, cómo percibe el problema ¿es éste egodistónico? ¿en qué medida? ¿Puede focalizar el problema? ¿cuáles son sus defensas predominantes?, ¿cuánta es su capacidad de *insight*?). Tenemos que explorar su capacidad de vínculo (¿cuál es su modalidad de vínculo? ¿tiene posibilidad de confiar y mantener relaciones significativas con otros internalizados? ¿tiene pérdidas y/o separaciones

significativas recientes o en edad temprana? ¿qué posibilidades ha tenido de elaborarlas?).

De acuerdo a la información recogida intentamos arribar a un probable diagnóstico (tanto psicopatológico y dinámico como de personalidad y momento existencial). El tenor más o menos dinámico de nuestra intervención está en función de las posibilidades de recepción del paciente, de sus recursos. Si en el espectro de posibles abordajes se encuentra el de la terapia breve, el tema de las indicaciones y contraindicaciones de la misma estarán siempre presente. En este sentido puede ser más fácil hacer un deslinde inverso: ¿cuándo no es el tratamiento breve una buena opción? No lo es cuando se trata de cuadros psicóticos de larga data, cuando la conflictiva y modo de funcionamiento son principalmente preedípicos, y en aquellos casos en los que las estructuras caracterológicas y defensivas son muy rígidas, como pueden ser las neurosis obsesivo-compulsivas. Tampoco es el tratamiento de elección para personas adictas o perversas, y cuando hay riesgo de suicidio, en personalidades psicopáticas, narcisistas o actuadoras. Para la indicación, un aspecto que tenemos también permanentemente como telón de fondo, es la posibilidad de la determinación de un foco (o varios) que ambos, paciente y entrevistador, podamos vislumbrar.

Hemos presentado dos viñetas. En la primera, la intensidad de la negación de Nancy, que alcanzó por identificación proyectiva a la terapeuta, el compromiso narcisista que involucra la situación, lo carnal (o lo descarnado) del problema, todos ellos fueron los elementos que hablaron en contra de un proceso corto, que habría sido insuficiente. A Celia, en cambio, se la consideró candidata a un tratamiento breve, dada su motivación relativa (venía buscando medicación), y la aceptación parcial de la interpretación que se le ofreció (aunque reticente sí se permitía considerar la posibilidad de un substrato emocional en sus problemas). De otro lado también parecía capaz de focalizar y hacer *insight*. Por todo esto la terapeuta entrevistadora estimó que un espacio de reflexión acompañada podría

dar un horizonte más amplio a su óptica, dar cabida a los afectos que habían sido excluidos y, tal vez, dar origen a un pedido de terapia de duración no limitada. Esto último no se dio.

Una última consideración a propósito de lo específico de la primera entrevista para terapia breve: Nos parece importante la diferencia que señala H. Fiorini respecto a esta primera entrevista: “la reciprocidad de derechos a la mutua información”. Vale decir que, si bien para el terapeuta es esencial recoger los datos de la enfermedad, lo que piensa el paciente de los mismos y sus expectativas en cuanto a su futuro tratamiento, pues “también es de vital importancia para el paciente conocer qué piensa el terapeuta de todos esos puntos”. La información que devuelve inicialmente el terapeuta esclarece el problema y refuerza la motivación al descartar la ambigüedad, lo cual es un principio rector en la psicoterapia breve. Al dar esta información, recogemos los datos que la entrevista ha podido brindar, seleccionamos aquellos que, en la labor conjunta que implica la evaluación, se han reconocido como atingentes al problema actual y, al hacer dicha recopilación, ofrecemos al entrevistado una impresión del foco que requiere ser atendido, así como hipótesis relativas a la posible conexión de la problemática emergente con otras a las que puede estar ligado. Obviamente la naturaleza del problema (y del paciente) regulan la amplitud de la información susceptible de devolución.

BIBLIOGRAFIA

Alexander, Franz y Thomas French, *Terapéutica psicoanalítica*, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1965.

Argelander, Hermann. *La primera entrevista en la psicoterapia*, Traducción del alemán de José B. Adolph.

Balint, Michael y otros, *Psicoterapia focal*, Buenos Aires: Editorial Gedisa, 1986.

Braier, Eduardo A., *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*, Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1980.

Farre, Lluís y otros, *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1992.

Fiorini, Héctor Juan, *Teoría y técnica de psicoterapia*, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1993.

Hoyt, Michael y otros, "Planned Single-Session Psychotherapy", en: *The first session in Brief Therapy*, Nueva York: The Guilford Press, 1992.

Kesselmen, Hernán, *Psicoterapia breve*, Buenos Aires: Ediciones Kargieman, 1972.

Small, Leonard, *Psicoterapias breves*, Barcelona: Editorial Gedisa, 1998.

Thomä, Helmut y Horst Kähele, *Teoría y práctica del psicoanálisis. Fundamentos*, Editorial Herder.